Urgences médicales et premiers soins

Reconnaître, réagir, sauver

Michaël Bégin

Michaël Bégin
© *Urgences médicales et premiers soins : Reconnaître, réagir, sauver*
24 avril 2025

Contact
psydrmic@gmail.com
https://www.unesante.com

À propos de l’auteur

Michaël Bégin est un auteur québécois passionné de médecine, de santé publique et de sciences humaines. Ayant surmonté de nombreuses épreuves personnelles, il consacre sa vie à rédiger des livres gratuits pour informer et aider la population.

Il a écrit près de 30 ouvrages couvrant un large éventail de maladies, troubles et enjeux sociaux, toujours appuyés par des centaines de références scientifiques.

Son approche humaniste et engagée vise à rendre la connaissance accessible à tous, en particulier aux plus vulnérables.

Persévérant et curieux, il voit chaque jour comme une opportunité d’apprendre, de transmettre et de faire le bien autour de lui.

Ouvrages de l'auteur

1. **La bible médicale**
2. **La défaite électorale**
3. **Le combat contre le cancer**
4. **Le pouvoir des plantes**
5. **Les bouleversements du climat et de la nature**
6. **Les classes des médicaments**
7. **Les dérèglements irréversibles du climat et de la nature**
8. **Les infections**
9. **Les infections sexuellement transmissibles**
10. **Les maladies auto-inflammatoires**
11. **Les maladies cutanées**
12. **Les maladies des mains**
13. **Les maladies du pied**
14. **Les maladies du système immunitaire**
15. **Les maladies endocriniennes rares**
16. **Les maladies et troubles gastro-intestinaux**
17. **Les maladies liées au vieillissement**
18. **Les maladies métaboliques**
19. **Les maladies musculo-squelettiques et rhumatologiques**
20. **Les maladies neurodégénératives**

21. Les maladies ORL et des yeux
22. Les maladies pulmonaires
23. Les maladies rares
24. Les maladies rénales et urinaires
25. Les troubles cardiaques
26. Les troubles digestifs fonctionnels
27. Les troubles du système reproducteur
28. Les troubles hormonaux
29. Les troubles mentaux
30. Les troubles neurologiques
31. Pathologies de la coagulation et des thromboses
32. Urgences médicales et premiers soins
33. Vie artificielle

Ce livre a été créé à l'aide de logiciels libres :
LibreOffice, **Debian 12**, **Liberation Serif** (police d'écriture)

« Tous droits de reproduction, d'adaptation et de traduction, intégrale ou partielle, réservés pour tous pays. L'auteur ou l'éditeur est seul propriétaire des droits et responsable du contenu de ce livre. »

Table des matières

À propos de l'auteur....2
Ouvrages de l'auteur....3
Dédicace....17
Introduction....19
CHAPITRE 1 - INTRODUCTION GÉNÉRALE....21
1.1 RÔLES DU SECOURISTE NON PROFESSIONNEL 23
1.2 APPELER LES SECOURS : QUAND, COMMENT, QUOI DIRE....27
Quand appeler ?....27
Comment appeler ?....28
Quoi dire ? Les 5 éléments essentiels à transmettre. .28
Restez en ligne si on vous le demande....29
1.3 TROUSSE DE PREMIERS SOINS À DOMICILE....31
Contenu de base recommandé....31
Médicaments de base à inclure (après avis médical). 32
Bonnes pratiques....33
CHAPITRE 2 - URGENCES VITALES....35
2.1 ARRÊT CARDIAQUE ET RÉANIMATION (RCR)…37
Qu'est-ce qu'un arrêt cardiaque?....37
Que faire ? Le protocole RCR pour adulte....37
Points clés....39
Pour les enfants et nourrissons....39
2.2 ÉTOUFFEMENT (MANŒUVRE DE HEIMLICH)....41
Reconnaître l'étouffement....41
Manœuvre de Heimlich – Adulte et enfant > 1 an....42
Si la personne perd connaissance....42
Étouffement chez le nourrisson (< 1 an)....43
Conseils de prévention....43

2.3 ARRÊT RESPIRATOIRE / DÉTRESSE RESPIRATOIRE.....45
Reconnaître la détresse respiratoire.....45
Reconnaître l'arrêt respiratoire.....45
Que faire ?.....46
Chez les enfants.....47
Position en cas de respiration difficile (si consciente)…47
Cas particuliers à surveiller :.....47
2.4 POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ (PLS).....51
Quand utiliser la PLS?.....51
Comment mettre une personne en PLS (étapes simples) 52
Pourquoi c'est important.....52
Chez les nourrissons.....53
Astuce : PLS = Protéger, Libérer, Surveiller.....53
CHAPITRE 3 - TRAUMATISMES.....55
3.1 FRACTURES, ENTORSES, LUXATIONS.....57
Fracture : os cassé, partiellement ou complètement.....57
Entorse : étirement ou déchirure des ligaments.....58
Luxation : déplacement d'un os hors de son articulation 59
À ne pas faire.....59
Astuce pour les premiers secours.....60
3.2 TRAUMATISMES CRÂNIENS.....63
Signes de gravité à surveiller.....63
Que faire en cas de traumatisme crânien.....64
Cas particuliers.....64
Ce qu'il ne faut pas faire.....65
Quand consulter ou appeler les urgences?.....65
3.3 BLESSURES OUVERTES, SAIGNEMENTS ABONDANTS (HÉMORRAGIES).....67

Types de saignements.....67
Que faire en cas d'hémorragie externe.....67
Cas particuliers.....68
Signes de choc à surveiller.....69
Après arrêt du saignement.....69
À ne pas faire.....69
3.4 PLAIES : COUPURES, PERFORATIONS, MORSURES.....73
Types de plaies.....73
Soins de base pour une plaie simple.....73
Quand consulter rapidement?.....74
Morsures : attention danger.....74
Astuces utiles.....75
CHAPITRE 4 - BRÛLURES.....77
4.1 TYPES DE BRÛLURES (THERMIQUES, CHIMIQUES, ÉLECTRIQUES).....79
Brûlures thermiques.....79
Brûlures chimiques.....80
Brûlures électriques.....80
Attention particulière.....81
4.2 DEGRÉS DE GRAVITÉ.....85
Les 3 degrés de brûlure.....85
1er degré (superficiel).....85
2e degré (superficiel ou profond).....85
3e degré (profonde).....86
Évaluer la surface brûlée.....86
Brûlure grave = urgence médicale si :.....87
4.3 SOINS IMMÉDIATS SELON LE TYPE DE BRÛLURE.....89
Brûlures thermiques (feu, liquide chaud, objet brûlant).89
Brûlures chimiques.....90

Brûlures électriques.....90
Brûlures par inhalation de fumée ou vapeur.....91
À ne pas faire en cas de brûlure.....91
Quand consulter un professionnel?.....92
CHAPITRE 5 - URGENCES CARDIOVASCULAIRES.....95
5.1 CRISE CARDIAQUE (INFARCTUS DU MYOCARDE).....97
Symptômes typiques.....97
Que faire immédiatement?.....98
Ce qu'il ne faut pas faire.....98
Prévention et contexte.....99
5.2 AVC (SIGNES D'ALERTE : VITE = VISAGE, INCAPACITÉ, TROUBLE DE PAROLE, EXTRÊME URGENCE).....101
Reconnaître les signes de l'AVC : méthode VITE.....101
Autres signes possibles.....102
Que faire immédiatement?.....102
À ne jamais faire.....103
Le saviez-vous?.....103
5.3 HYPERTENSION SÉVÈRE, HYPOTENSION.....105
Hypertension sévère (crise hypertensive).....105
Hypotension sévère (chute de tension).....106
Causes possibles à connaître.....107
Astuce pour surveiller à domicile.....108
CHAPITRE 6 - URGENCES RESPIRATOIRES.....111
6.1 ASTHME AIGU SÉVÈRE.....113
Reconnaître la crise d'asthme sévère.....113
Que faire immédiatement?.....114
Signes de gravité absolue.....114
Astuces et prévention.....115
6.2 EMBOLIE PULMONAIRE.....117

Signes d'alerte de l'embolie pulmonaire.....117
Que faire en cas de suspicion?.....118
Personnes à risque accru.....118
Le saviez-vous?.....119
6.3 ŒDÈME AIGU DU POUMON.....121
Signes caractéristiques de l'OAP.....121
Que faire immédiatement?.....122
Causes fréquentes.....122
Le saviez-vous?.....123
6.4 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGU.....125
Symptômes caractéristiques.....125
Que faire immédiatement?.....126
Principales causes.....126
Le saviez-vous?.....127
CHAPITRE 7 - URGENCES MÉTABOLIQUES.....129
7.1 HYPOGLYCÉMIE / HYPERGLYCÉMIE SÉVÈRE (COMA DIABÉTIQUE).....131
Hypoglycémie sévère.....131
Que faire en cas d'hypoglycémie?.....132
Hyperglycémie sévère (coma diabétique).....133
Que faire en cas d'hyperglycémie sévère?.....133
À savoir.....134
7.2 DÉSHYDRATATION GRAVE / COUP DE CHALEUR 137
Déshydratation grave.....137
Que faire?.....138
Coup de chaleur (insolation sévère).....138
Que faire?.....139
À retenir.....140
7.3 HYPOTHERMIE.....143
Causes fréquentes.....143

Signes de l'hypothermie (par stade).....143
Que faire immédiatement?.....144
À ne pas faire.....145
Astuce de prévention.....145
7.4 HYPERTHERMIE MALIGNE / FIÈVRE SÉVÈRE..149
Hyperthermie maligne (rare mais grave).....149
Que faire?.....150
Fièvre sévère (non infectieuse ou infectieuse).....150
Que faire?.....151
Ne pas faire.....152
Astuce.....152
CHAPITRE 8 - URGENCES NEUROLOGIQUES.....155
8.1 CONVULSIONS (ÉPILEPSIE, CRISE FÉBRILE)…157
Types courants de convulsions.....157
Crise tonico-clonique généralisée (grand mal).....157
Que faire en cas de convulsion?.....158
Appeler les secours (911 / 112) si :.....158
À éviter absolument.....159
Après une crise.....159
8.2 SYNCOPE / PERTE DE CONNAISSANCE.....161
Différence entre syncope, coma et convulsion.....161
Causes fréquentes de syncope.....161
Que faire lors d'une syncope?.....162
Appeler les secours si :.....162
À ne pas faire.....163
Astuce.....163
8.3 AGITATION PSYCHOMOTRICE AIGUË / DÉLIRE
.....165
CHAPITRE 9 - RÉACTIONS ALLERGIQUES ET PIQÛRES
.....171
9.1 CHOC ANAPHYLACTIQUE.....173

9.2 PIQÛRES D'INSECTES, MORSURES ANIMALES 177
PIQÛRES D'INSECTES.....177
MORSURES ANIMALES.....178
9.3 RÉACTIONS CUTANÉES SÉVÈRES.....183
Définition.....183
SYNDROME DE STEVENS-JOHNSON (SSJ) / NÉCROLYSE ÉPIDERMIQUE TOXIQUE (NET).....184
DRESS (DRUG REACTION WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS).....185
ÉRYTHRODERMIE EXFOLIATIVE.....186
Conduite générale pour toute réaction cutanée sévère. 187
CHAPITRE 10 - INTOXICATIONS ET EMPOISONNEMENTS.....189
10.1 PRODUITS MÉNAGERS / MÉDICAMENTS / DROGUES.....191
Définition et contexte.....191
I. PRODUITS MÉNAGERS.....191
II. MÉDICAMENTS.....192
III. DROGUES ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES 193
Mesures de prévention.....194
10.2 CHAMPIGNONS, ALIMENTS AVARIÉS.....197
INTOXICATION PAR CHAMPIGNONS.....197
Types de champignons toxiques fréquents.....197
Tableau clinique (selon le champignon).....197
Conduite à tenir.....198
INTOXICATION ALIMENTAIRE (ALIMENTS AVARIÉS).....198
Causes fréquentes.....199
Signes cliniques.....199

Conduite à tenir.....199
Mesures de prévention.....200
10.3 QUE FAIRE AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS 203
Évaluer la situation en priorité.....203
Appeler les secours immédiatement.....203
Gestes à faire selon les cas.....204
Si la personne est inconsciente mais respire :.....204
Si la personne ne respire plus :.....204
Si ingestion d'un produit toxique :.....205
Si contact avec la peau ou les yeux :.....205
Si inhalation de vapeurs toxiques :.....205
Mesures générales de réconfort.....205
CHAPITRE 11 - URGENCES PÉDIATRIQUES.....209
11.1 ÉTOUFFEMENT CHEZ L'ENFANT.....211
Causes fréquentes d'étouffement.....211
Signes d'un étouffement.....211
Obstruction partielle :.....211
Obstruction complète :.....212
Conduite à tenir selon l'âge.....212
Nourrisson (< 1 an).....212
Enfant (> 1 an).....213
En cas de perte de conscience (tout âge) :.....213
Prévention.....214
11.2 FIÈVRE ÉLEVÉE.....217
Causes fréquentes de fièvre.....217
Signes d'alerte à surveiller.....217
Que faire à domicile ?.....218
Quand appeler les secours ?.....219
Prévention et éducation parentale.....219
11.3 CRISE CONVULSIVE FÉBRILE.....221

Qu’est-ce qu’une convulsion fébrile ?.....221
Types de convulsions fébriles.....221
Que faire en cas de convulsion ?.....222
Après la convulsion.....222
Risques de récidive et prévention.....223
Ce que les parents doivent savoir.....223
CHAPITRE 12 - URGENCES CHEZ LES AÎNÉS.....227
12.1 CHUTES.....229
Facteurs de risque.....229
Conséquences des chutes.....230
Évaluation après une chute.....231
Prise en charge immédiate.....231
Prévention des rechutes.....232
12.2 CONFUSION SOUDAINE (DELIRIUM).....235
Définition.....235
Signes à reconnaître.....235
Causes fréquentes.....236
Premiers soins à prodiguer.....236
Prise en charge médicale.....237
Prévention.....237
12.3 RISQUES SPÉCIFIQUES (POLYPHARMACIE, DÉSHYDRATATION RAPIDE).....241
Définition.....241
Polypharmacie.....241
Description.....241
Médicaments à risque élevé :.....242
Recommandations :.....242
Déshydratation rapide.....243
Causes fréquentes.....243
Signes d’alerte.....243
Premiers soins.....244

Prévention.....244
CHAPITRE 13 - PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES 247
13.1 ATTAQUE DE PANIQUE.....249
Définition.....249
Symptômes typiques.....249
Conduite à tenir.....250
Objectifs : rassurer, encadrer, stabiliser.....250
Quand appeler les secours.....251
Prévention des récidives.....251
13.2 SOUTIEN AUX VICTIMES EN DÉTRESSE.....253
Objectifs du soutien.....253
Interventions immédiates.....254
Approches thérapeutiques.....254
Le rôle des professionnels.....255
Enjeux sociétaux.....255
13.3 GARDER SON CALME ET RASSURER.....257
Garder son calme : un ancrage pour soi et pour l'autre257
Rassurer : créer une bulle de sécurité.....258
La contagion émotionnelle et la régulation.....259
Rassurer sans mentir.....259
Quand le calme est impossible : que faire ?.....260
CHAPITRE 14 - CATASTROPHES ET SITUATIONS COLLECTIVES.....263
14.1 SÉISME, INCENDIE, ACCIDENT DE VOITURE. 265
Séisme.....265
Incendie.....266
Accident de voiture.....266
14.2 ORGANISATION DES PREMIERS GESTES À PLUSIEURS.....269
Priorité : sécurité et communication.....269

Répartition intuitive des rôles.....269
Coordination sans hiérarchie rigide.....270
Cas particuliers : présence d'enfants ou de personnes âgées.....270
Chapitre 15 - Annexes pratiques.....273
15.1 FICHES D'URGENCE À IMPRIMER (RCR, NUMÉROS UTILES, LISTE MÉDICAMENTS).....275
1. FICHE RCR – RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE.....275
Contenu recommandé :.....276
2. FICHE – NUMÉROS UTILES EN CAS D'URGENCE.....276
Exemple de contenu :.....277
3. FICHE – LISTE DES MÉDICAMENTS ET ALLERGIES.....277
À inclure :.....277
POUR ALLER PLUS LOIN : CONSEILS D'IMPRESSION.....278
15.2 LIENS DE FORMATION (CROIX-ROUGE, PREMIERS SOINS CERTIFIÉS).....281
1. CROIX-ROUGE ET ORGANISMES DE FORMATION EN PREMIERS SECOURS.....281
CANADA.....281
FRANCE.....282
SUISSE.....282
BELGIQUE.....283
2. POUR ALLER PLUS LOIN : RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES.....284
Pourquoi se former ?.....284
GLOSSAIRE DES TERMES.....287
RÉFÉRENCES.....293

BIOGRAPHIE COMPLÈTE DE L'AUTEUR.....315

Dédicace

Je le dédie à ma famille, à mes ami.e.s et connaissances, ainsi qu'à tous les membres du personnel de la santé : médecins, urgentologues, ambulancier(ères), infirmier(ères), soignant.e.s, et aux étudiant.e.s en médecine, dont l'engagement et la bienveillance inspirent chaque page de ce livre.

Je le dédie à Suzie, Maxime, Lydie, Pierre, Marielle, Marianne, Antoine, Carl, Patrick, Marthe, Marcel, Sophia, Éloïse, Catherine, Marlène, François, Daniel, Claudette, Clément, Jean-François et Mario.

Introduction

Face à une urgence, chaque seconde compte. Trop souvent, la panique, le manque de connaissance ou l’incertitude paralysent l’action, alors que des gestes simples pourraient sauver une vie. Ce guide a été conçu pour tous — parents, proches aidants, enseignants, travailleurs, citoyens — qui souhaitent être mieux préparés à reconnaître les signes d’une détresse médicale et intervenir efficacement, en attendant l’arrivée des secours.

Loin d’être un manuel réservé aux professionnels de la santé, ce livre s’adresse aux personnes non médicales, mais soucieuses de protéger leur entourage et d’agir en cas de besoin. Vous y trouverez des explications claires, des conseils pratiques et des recommandations reconnues, afin de répondre aux situations critiques les plus fréquentes : arrêt cardiaque, brûlure, chute, crise allergique, intoxication, etc.

Nous explorerons également les aspects souvent négligés mais essentiels, comme les soins psychologiques d’urgence, les particularités chez les enfants ou les aînés, et l'organisation en cas de catastrophe. Apprendre à réagir, c’est aussi apprendre à garder son calme, à rassurer, et à poser les bons gestes au bon moment.

Ce livre est une main tendue pour tous ceux qui veulent transformer leur inquiétude en action, leur impuissance en

secours. Parce qu'on ne devient pas héros en un jour, mais on peut faire toute la différence… en une minute.

CHAPITRE 1 - INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 RÔLES DU SECOURISTE NON PROFESSIONNEL

[1, 2, 3, 4]

Être secouriste sans formation médicale ne signifie pas être impuissant face à l'urgence. Au contraire, dans de nombreuses situations critiques, ce sont les gestes simples, rapides et bien exécutés d'une personne présente sur les lieux qui permettent de sauver une vie avant même l'arrivée des secours.

Le rôle principal du secouriste non professionnel est d'**intervenir sans se mettre en danger**, en évaluant la situation de manière calme et structurée. Son action repose sur trois piliers essentiels :

1. **Observer et évaluer la scène** :
   Avant tout geste, il est crucial d'analyser les dangers pour soi-même, pour les autres et pour la victime. Un environnement non sécurisé (feu, circulation, gaz, effondrement) peut transformer le sauveteur en victime.
2. **Protéger et sécuriser les lieux** :
   En cas d'accident, baliser la zone, éloigner les curieux, couper les sources de danger (moteur, électricité), et protéger la victime contre le froid ou les agressions extérieures.

3. **Alerter les secours** :
   Appeler rapidement les services d'urgence (911, 112 ou numéro local), et fournir des informations claires : lieu précis, nombre de victimes, état général, nature des blessures, gestes déjà effectués.

4. **Porter les premiers gestes de secours** :
   Même sans formation approfondie, certaines actions peuvent être salvatrices : mettre une personne en position latérale de sécurité, compresser une plaie hémorragique, rassurer une victime paniquée, maintenir une tête alignée en cas de chute, etc.

5. **Rassurer et rester présent** :
   La simple présence humaine, une voix calme, un contact réconfortant peuvent diminuer l'état de choc. Le secouriste devient un lien vital entre la victime et les secours.

Important :
Un bon secouriste non professionnel n'improvise pas des gestes techniques qu'il ne connaît pas (comme les injections, les manipulations complexes ou les transferts non nécessaires). Il connaît ses limites, mais compense par **la rapidité, le sang-froid et le bon sens**.

L'apprentissage de quelques gestes de base et la connaissance des bons réflexes sont déjà des outils puissants pour sauver des

vies. En situation d’urgence, **celui qui agit est toujours plus utile que celui qui observe.**

1.2 APPELER LES SECOURS : QUAND, COMMENT, QUOI DIRE

[5, 6, 7, 8]

Appeler les secours est souvent **le geste le plus crucial** que peut faire un témoin d'urgence. Cette action, bien que simple en apparence, doit être effectuée de façon méthodique pour garantir une intervention rapide, efficace et adaptée à la situation.

Quand appeler ?

Dès qu'une situation semble :

- **Grave, soudaine ou inhabituelle** (perte de conscience, douleurs thoraciques, étouffement, chute importante, brûlure sévère, convulsions, etc.)
- **Potentiellement vitale** (détresse respiratoire, hémorragie abondante, signes d'AVC ou d'infarctus)
- **Impliquant plusieurs victimes ou un danger collectif** (accident de la route, explosion, incendie, effondrement, etc.)
- **Hors de vos capacités de gestion** : dès que vous doutez, il vaut mieux appeler que regretter.

Comment appeler ?

1. **Composez le numéro d'urgence approprié :**
    - Canada / États-Unis : **911**
    - Europe : **112**
    - Ou le numéro local si différent.
2. **Utilisez un téléphone stable (fixe ou chargé) :**
   Évitez les déplacements inutiles pendant l'appel pour ne pas interrompre la communication.
3. **Gardez votre calme et parlez distinctement.**

Quoi dire ? Les 5 éléments essentiels à transmettre

1. **Votre identité et votre numéro de téléphone** (en cas de coupure de ligne).
2. **Le lieu exact de l'intervention** :
    - Adresse complète, étage, point de repère, code d'entrée si besoin.
    - En extérieur : nom de rue, croisement, km d'autoroute, coordonnées GPS si possible.
3. **Le type d'incident ou d'urgence** :
    - Chute, brûlure, accident, perte de conscience, convulsion, etc.
4. **Le nombre de personnes impliquées** :

- Enfants, personnes âgées, femmes enceintes, état général.

5. **Les gestes déjà posés ou à poser** :

    - RCR en cours, saignement contrôlé, position de sécurité, etc.

Restez en ligne si on vous le demande

Ne raccrochez **jamais de votre propre chef**. Les répartiteurs peuvent vous guider, corriger un geste ou vous rassurer. Leur formation leur permet d'évaluer la gravité de la situation **en temps réel**.

En résumé :
Appeler les secours, c'est **devenir le relais essentiel** entre la victime et les professionnels de la santé. Une information précise, transmise rapidement, **fait gagner de précieuses minutes** qui peuvent changer une vie.

1.3 TROUSSE DE PREMIERS SOINS À DOMICILE

[9, 10, 11, 12]

Avoir une trousse de premiers soins bien équipée à la maison, dans la voiture ou en voyage est une précaution essentielle. Elle permet de réagir rapidement à un large éventail de situations : coupures, brûlures, piqûres, chocs, fièvre, etc. Une trousse bien préparée, c'est un peu d'assurance pour la santé et la sécurité de ses proches.

Contenu de base recommandé

Voici les éléments essentiels à inclure dans une trousse de premiers soins standard :

- **Gants jetables** (latex ou nitrile, sans poudre)
- **Masque de protection** (chirurgical ou FFP2)
- **Compresses stériles** (de différentes tailles)
- **Bandes de gaze** et **rouleaux de bandage**
- **Pansements adhésifs** (plusieurs formats)
- **Sparadrap / ruban adhésif médical**
- **Pince à écharde**, **petits ciseaux**, **coupant à ongles**
- **Solution antiseptique** (chlorhexidine, iodée ou autre)

- **Désinfectant pour les mains** (gel hydroalcoolique)
- **Crème ou gel contre les brûlures**
- **Thermomètre numérique**
- **Poche de froid instantané**
- **Couverture de survie**
- **Tensiomètre** (optionnel mais utile)
- **Seringue ou compte-gouttes** pour administrer des liquides
- **Sac pour vomissements ou déchets contaminés**

Médicaments de base à inclure (après avis médical)

- Paracétamol / acétaminophène (fièvre, douleurs)
- Ibuprofène (inflammation, douleur – sauf contre-indication)
- Antihistaminique oral (allergie légère)
- Crème antihistaminique ou corticoïde (piqûres, démangeaisons)
- Comprimés contre les nausées ou le mal des transports
- Sachets de réhydratation orale (déshydratation)
- Antiseptique buccal (aphtes, gencives)

- Médicaments personnels à jour (asthme, diabète, cœur, etc.)

Bonnes pratiques

- **Vérifiez la date de péremption** des produits tous les 6 mois.
- Gardez la trousse **hors de portée des enfants**, mais **facilement accessible** pour les adultes.
- Conservez une **fiche d'urgence** avec :
    - Numéros d'urgence
    - Liste des allergies familiales
    - Pathologies chroniques
    - Médicaments courants de chacun
- En voyage ou camping, adaptez la trousse à l'environnement : répulsif à insectes, crème solaire, antiseptique pour l'eau, etc.

En résumé :
Une trousse de premiers soins bien pensée peut faire toute la différence entre inquiétude et réactivité. Mieux vaut en avoir une que de se sentir démuni au moment critique. Elle incarne le geste prévoyant de celui qui veut **protéger et agir**, même dans l'imprévu.

CHAPITRE 2 - URGENCES VITALES

2.1 ARRÊT CARDIAQUE ET RÉANIMATION (RCR)

[13, 14, 15, 16]

L'arrêt cardiaque est une **urgence vitale absolue**. Chaque minute compte : sans intervention, les chances de survie chutent de 7 à 10 % par minute. Pourtant, un geste simple et bien exécuté peut faire toute la différence : **la réanimation cardio-respiratoire (RCR)**.

Qu'est-ce qu'un arrêt cardiaque?

Un arrêt cardiaque survient lorsque le cœur cesse de pomper le sang efficacement. La circulation sanguine s'arrête, privant rapidement le cerveau et les organes d'oxygène. Sans intervention, la mort survient en quelques minutes.

Signes principaux :

- Perte de conscience soudaine
- Absence de respiration ou respiration anormale (gaspillage)
- Absence de pouls (mais inutile de chercher le pouls si vous n'êtes pas formé)

Que faire ? Le protocole RCR pour adulte

1. **Vérifier la sécurité des lieux.**

2. **Vérifier la réactivité** de la personne (stimuler, parler fort, secouer doucement).
3. **Appeler immédiatement les secours (911 / 112).**
   – Demander un défibrillateur (DEA) si disponible.
4. **Commencer les compressions thoraciques :**
   - Placez vos mains croisées au centre de la poitrine.
   - Bras tendus, coudes verrouillés, appuyez fort et vite.
   - **Fréquence : 100 à 120 compressions par minute**
   - **Profondeur : environ 5-6 cm** chez l'adulte.
   - Laissez la poitrine remonter complètement entre chaque compression.
5. **Si vous êtes formé·e : alternez 30 compressions / 2 insufflations.**
   Sinon, continuez la RCR « mains seules » sans ventilation.
6. **Dès l'arrivée du DEA :**
   - Allumez-le, suivez les instructions vocales.
   - Collez les électrodes sur la poitrine nue.

- Ne touchez pas la victime pendant l’analyse du rythme.
- Administrez le choc si indiqué, puis reprenez immédiatement la RCR.

Points clés

- Ne perdez pas de temps à chercher un pouls si vous n’êtes pas formé.
- Une RCR rapide **peut doubler, voire tripler les chances de survie**.
- Si vous êtes fatigué·e, demandez à quelqu’un de prendre le relais.
- Ne craignez pas de mal faire : **ne rien faire est plus grave.**

Pour les enfants et nourrissons

Les techniques de RCR sont différentes chez l’enfant et le bébé (compression à une main ou deux doigts, priorité à la ventilation). Une formation spécifique est fortement recommandée pour intervenir auprès des plus jeunes.

2.2 ÉTOUFFEMENT (MANŒUVRE DE HEIMLICH)

[17, 18, 19, 20]

L'étouffement, ou **obstruction aiguë des voies respiratoires**, est une urgence fréquente et potentiellement mortelle. Elle survient lorsqu'un corps étranger – souvent un aliment – bloque totalement le passage de l'air. Une intervention rapide est essentielle, car une personne privée d'oxygène peut perdre connaissance en quelques minutes.

Reconnaître l'étouffement

Obstruction partielle :

- La personne tousse de manière efficace
- Elle peut parler ou émettre des sons
  → Laissez-la tousser sans intervenir immédiatement.

Obstruction complète :

- Incapacité de parler, de tousser ou de respirer
- Gestes de panique, mains à la gorge
- Cyanose (teint bleuté), perte de conscience imminente
  → **Intervenir immédiatement.**

Manœuvre de Heimlich – Adulte et enfant > 1 an

1. **Placez-vous derrière la personne.**
2. **Passez vos bras autour de sa taille.**
3. **Formez un poing** avec une main et placez-le entre le nombril et le sternum (au-dessus du nombril).
4. **Saisissez votre poing avec l'autre main.**
5. **Effectuez une pression brusque vers l'intérieur et vers le haut.**
    - Comme pour "soulever" le diaphragme.
    - Répétez jusqu'à expulsion du corps étranger ou perte de conscience.

Si la personne perd connaissance

- **Allongez-la au sol avec précaution.**
- **Appelez immédiatement les secours (911 / 112).**
- **Commencez la RCR.**
    - Lors des insufflations, observez si l'air passe.
    - Vérifiez régulièrement si l'objet est visible dans la bouche et retirez-le si possible (jamais à l'aveugle).

Étouffement chez le nourrisson (< 1 an)

1. Placez le bébé face vers le bas sur votre avant-bras, tête plus basse que le tronc.
2. Donnez **5 tapes fermes entre les omoplates** avec le talon de la main.
3. Retournez-le doucement sur le dos.
4. Effectuez **5 compressions thoraciques**, deux doigts sur le sternum.
5. Alternez jusqu'à expulsion ou perte de conscience.
   → Puis commencez la RCR pédiatrique si nécessaire.

Conseils de prévention

- Couper les aliments en petits morceaux, surtout chez les enfants.
- Ne pas laisser les enfants jouer, courir ou rire en mangeant.
- Éviter les objets à risque : billes, bonbons durs, piles, pièces de monnaie.

2.3 ARRÊT RESPIRATOIRE / DÉTRESSE RESPIRATOIRE

[21, 22, 23, 24]

La respiration est une fonction vitale qui ne tolère aucun arrêt prolongé. **La détresse respiratoire** est une difficulté majeure à respirer, tandis que **l'arrêt respiratoire** désigne l'absence complète de respiration. Dans les deux cas, une intervention rapide est cruciale pour éviter les lésions cérébrales ou le décès.

Reconnaître la détresse respiratoire

Signes fréquents :

- Respiration rapide, sifflante ou bruyante
- Tirage (creusement des côtes ou du cou à l'inspiration)
- Difficulté à parler, anxiété extrême
- Cyanose (lèvres, doigts bleutés)
- Sueurs, agitation, perte de conscience imminente

→ Si la personne respire encore, **mettez-la en position assise** ou semi-assise et **appelez immédiatement les secours.**

Reconnaître l'arrêt respiratoire

L'arrêt respiratoire se manifeste par :

- **Absence totale de mouvements respiratoires**
- **Silence thoracique** (pas de souffle, ni inspiration)
- **Inconscience**, chute soudaine ou affaissement
- Possiblement des **gaspillages** (halètements irréguliers peu efficaces)

→ **Intervention immédiate requise.**

Que faire ?

1. **Vérifiez la sécurité des lieux.**
2. **Appelez les secours (911 / 112)** ou demandez à quelqu'un de le faire.
3. **Ouvrez les voies respiratoires** :
    - Inclinez doucement la tête vers l'arrière, relevez le menton.
    - Regardez, écoutez, sentez pendant 10 secondes.
4. **Si la personne ne respire pas : commencez la RCR.**
    - 30 compressions thoraciques, puis 2 insufflations.
    - Continuez jusqu'à l'arrivée des secours ou reprise de respiration.

5. **Si vous avez un masque de poche avec valve (poche-masque)**, utilisez-le pour insuffler plus efficacement.

Chez les enfants

La cause d'arrêt respiratoire est souvent **obstructive ou infectieuse** (étouffement, bronchiolite, allergie, etc.). La priorité est de **ventiler** et **d'appeler à l'aide rapidement**, car le cœur s'arrête souvent secondairement.

Position en cas de respiration difficile (si consciente)

- Faites asseoir la personne (souvent elle le fait d'instinct).
- Évitez de la forcer à s'allonger.
- Desserrez les vêtements serrés.
- Rassurez-la, parlez calmement.

Cas particuliers à surveiller :

- **Asthme aigu sévère**

- **Œdème pulmonaire**
- **Réaction allergique (anaphylaxie)**
- **Embolie pulmonaire**
- **Inhalation de fumée ou gaz toxique**

Ces causes sont détaillées dans les chapitres correspondants.

2.4 POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ (PLS)

[25, 26, 27, 28]

La **position latérale de sécurité (PLS)** est un geste simple et fondamental pour protéger une personne inconsciente qui respire normalement. Elle permet de **prévenir l'étouffement** causé par la langue ou les vomissements, tout en assurant une respiration libre en attendant les secours.

Quand utiliser la PLS?

Utilisez la PLS si la personne est :

- Inconsciente
- Mais **respire normalement**
- Et **n'a pas subi de traumatisme** (ex. : accident de voiture, chute grave)

Ne pas utiliser la PLS si :

- La personne **ne respire pas** → commencez la **RCR** immédiatement
- Il y a suspicion de **traumatisme cervical ou rachidien** → attendre les secours sans mobiliser, sauf en cas de danger immédiat (feu, explosion, etc.)

Comment mettre une personne en PLS (étapes simples)

1. **Vérifiez la respiration** : inclinez doucement la tête vers l'arrière, écoutez et sentez l'air pendant 10 secondes.
   → Si la personne respire, continuez.
2. **Mettez-la sur le dos**, à plat.
3. **Positionnez le bras le plus proche** à angle droit, paume vers le haut.
4. **Amenez l'autre main contre la joue opposée** (comme pour la maintenir en appui).
5. **Saisissez le genou opposé** et tirez-le vers vous pour faire rouler doucement la personne sur le côté.
6. **Ajustez la tête et le bras** pour maintenir l'ouverture des voies respiratoires.
7. **Surveillez la respiration** régulièrement, jusqu'à l'arrivée des secours.

Pourquoi c'est important

Sans PLS, une personne inconsciente peut **s'étouffer avec sa langue ou ses vomissements**, ce qui peut rapidement conduire à un arrêt respiratoire. La PLS protège la vie en **garantissant la liberté des voies respiratoires**.

Chez les nourrissons

Chez le bébé inconscient qui respire, on le place **sur le côté, en position latérale**, tête légèrement inclinée vers l'arrière, en veillant à **soutenir la tête et le cou** avec soin.

Astuce : PLS = Protéger, Libérer, Surveiller

- **Protéger** la personne (éviter l'étouffement, chute ou torsion)
- **Libérer** les voies respiratoires
- **Surveiller** la respiration et les signes vitaux jusqu'à l'arrivée des secours

CHAPITRE 3 - TRAUMATISMES

3.1 FRACTURES, ENTORSES, LUXATIONS

[29, 30, 31, 32]

Les traumatismes musculo-squelettiques sont fréquents à tous les âges, surtout lors de chutes, d'accidents de sport ou de la route. Il est important de **reconnaître la nature du traumatisme** pour éviter d'aggraver les lésions avant l'intervention médicale.

Fracture : os cassé, partiellement ou complètement

Signes fréquents :

- Douleur vive, surtout à la mobilisation
- Gonflement, hématome
- Déformation ou angle anormal
- Impossibilité de bouger le membre
- Crépitement ou sensation de craquement

Que faire :

- Immobiliser **sans déplacer** le membre (attelle, coussin, serviette roulée)
- **Ne pas bouger** la personne si fracture du dos, du cou ou du bassin

- Appliquer de la **glace** (enveloppée) pour réduire la douleur
- Appeler les secours si fracture suspectée, surtout si douleur intense, membre déformé ou perte de sensation

Entorse : étirement ou déchirure des ligaments

Signes fréquents :

- Douleur localisée à une articulation (cheville, genou, poignet)
- Gonflement, ecchymose
- Mobilisation douloureuse mais encore possible

Que faire :

- Appliquer le protocole **GREC** :
    - **G**lace (20 min chaque 2 h)
    - **R**epos
    - **É**lévation du membre
    - **C**ompression (bandage souple, sans bloquer la circulation)
- Éviter d’appuyer sur le membre dans les 24-48h

- Consulter si douleur intense ou si l'articulation reste instable

Luxation : déplacement d'un os hors de son articulation

Signes fréquents :

- Déformation visible
- Articulation bloquée ou immobile
- Douleur intense et brutale
- Sensation d'instabilité

Que faire :

- **Ne jamais tenter de remettre en place** soi-même
- Immobiliser dans la position actuelle
- Appliquer de la glace
- Appeler les secours ou consulter immédiatement

À ne pas faire

- Ne pas forcer un membre à bouger
- Ne pas poser de poids sur un membre blessé
- Ne pas ignorer la douleur : même une entorse peut masquer une fracture

Astuce pour les premiers secours

Toujours prioriser **le confort, la sécurité et l'immobilisation**. Même en cas de doute entre une entorse ou une fracture, traiter le membre comme une fracture jusqu'à preuve du contraire.

3.2 TRAUMATISMES CRÂNIENS

[33, 34, 35, 36]

Un traumatisme crânien correspond à un **choc à la tête** pouvant provoquer des lésions internes (hémorragie, contusion cérébrale) ou externes (plaie du cuir chevelu). Certains sont bénins, d'autres peuvent être **graves voire mortels**, même en l'absence de signe immédiat.

Signes de gravité à surveiller

- Perte de connaissance, même brève
- Somnolence inhabituelle ou confusion
- Troubles de la parole ou de la vision
- Vomissements répétés
- Pupilles inégales
- Convulsions
- Écoulement clair ou sanglant par le nez ou les oreilles
- Raideur du cou, agitation ou irritabilité (notamment chez l'enfant)
  → Ces signes nécessitent un appel urgent aux secours.

Que faire en cas de traumatisme crânien

1. **Vérifiez l'état de conscience** : parlez à la personne, stimulez-la doucement.
2. **Appelez les secours** si perte de connaissance, vomissements, confusion ou autre signe inquiétant.
3. **Maintenez la tête immobile**, surtout en cas de chute ou de choc violent.
4. Si la personne est consciente : allongez-la sur le dos, tête légèrement surélevée.
5. Si elle est inconsciente mais respire : mettez-la en **position latérale de sécurité (PLS)** si aucun traumatisme cervical suspecté.
6. **Surveillez les fonctions vitales** : respiration, conscience, pulsations.
7. Ne donnez **aucun médicament** (pas d'analgésique, pas de nourriture ou boisson).
8. **En cas de saignement du cuir chevelu**, appliquez une compression douce avec un linge propre.

Cas particuliers

Chez l'enfant, tout coup à la tête, même mineur, mérite une **surveillance de 24 à 48 heures** à domicile. Consultez si :

- L’enfant devient apathique, dort beaucoup, ou semble inhabituellement irritable.
- Il vomit ou se plaint de maux de tête intenses.

Ce qu’il ne faut pas faire

- Ne pas bouger la tête ou le cou inutilement.
- Ne pas poser de coussin sous la tête si traumatisme cervical possible.
- Ne pas sous-estimer un coup à la tête, même sans perte de connaissance.

Quand consulter ou appeler les urgences?

- Si la personne est tombée de plus d’un mètre (ou toute hauteur chez le nourrisson)
- Si elle prend des anticoagulants (aspirine, warfarine, etc.)
- Si les signes s’aggravent dans les heures qui suivent

3.3 BLESSURES OUVERTES, SAIGNEMENTS ABONDANTS (HÉMORRAGIES)

[37, 38, 39, 40]

Une hémorragie externe importante peut mettre la vie en danger en quelques minutes. Savoir comment la **contrôler rapidement** permet souvent de sauver une vie. Même une simple coupure peut être grave si elle touche une artère ou n'est pas prise en charge rapidement.

Types de saignements

- **Saignement veineux** : sang rouge foncé, écoulement lent mais continu
- **Saignement artériel** : sang rouge vif, qui **gicle** ou **pulse** à chaque battement du cœur
- **Saignement capillaire** : petits vaisseaux, saignement diffus (ex. : éraflure)

Que faire en cas d'hémorragie externe

1. **Protégez-vous** : mettez des gants si disponibles.
2. **Exposez la plaie** : coupez ou soulevez les vêtements autour.

3. **Compressez directement** la plaie avec un linge propre, une compresse ou votre main (avec gants).
4. Si le saignement est **important**, **appuyez fortement pendant au moins 10 minutes**, sans relâcher.
5. Si le sang traverse le pansement, **rajoutez un autre pansement sans retirer le premier.**
6. **Surélevez le membre** blessé si possible, sauf en cas de fracture suspectée.
7. **Appelez les secours** si :
    - Le saignement est abondant et ne cesse pas après 10 minutes
    - Il y a suspicion d'artère touchée
    - La plaie est très profonde ou large
    - La personne devient pâle, confuse, ou perd connaissance

Cas particuliers

- **Corps étranger planté dans la plaie** : **ne jamais le retirer**. Stabilisez autour avec des compresses et du bandage.
- **Amputation ou membre sectionné** :
    - Enveloppez le membre dans un linge propre

- Mettez-le dans un sac plastique, puis dans un autre contenant avec de la glace
- **Notez l'heure** de l'accident et transmettez-le aux secours

Signes de choc à surveiller

- Peau pâle et moite
- Pouls rapide et faible
- Respiration rapide
- Étourdissement ou confusion
  → Installez la personne en position allongée, jambes surélevées (sauf traumatisme) et couvrez-la.

Après arrêt du saignement

- Nettoyez la plaie avec une solution antiseptique
- Recouvrez avec un pansement stérile
- Surveillez pendant 48 heures pour signes d'infection : rougeur, chaleur, pus, douleur accrue

À ne pas faire

- Ne jamais utiliser de **poudre hémostatique artisanale ou non médicale**
- Ne pas **retirer un pansement déjà imbibé de sang**

- Ne pas **mettre de coton ou de mouchoirs pelucheux dans une plaie**

3.4 PLAIES : COUPURES, PERFORATIONS, MORSURES

[41, 42, 43, 44]

Les plaies font partie des blessures les plus fréquentes. Qu'elles soient superficielles ou profondes, **elles nécessitent toujours une attention immédiate** pour prévenir l'infection, arrêter le saignement et favoriser une bonne cicatrisation.

Types de plaies

- **Coupure (incision)** : blessure linéaire par objet tranchant (verre, couteau)
- **Perforation (plaie punctiforme)** : blessure profonde par objet pointu (clou, aiguille)
- **Déchirure (laceration)** : plaie irrégulière, souvent avec arrachement de peau
- **Morsure** : par animal ou humain, très à risque d'infection

Soins de base pour une plaie simple

1. **Lavez-vous les mains.**
2. **Arrêtez le saignement** en appliquant une pression avec une compresse propre.

3. **Nettoyez doucement la plaie** à l'eau tiède et au savon (évitez l'alcool pur).
4. **Désinfectez** avec une solution antiseptique douce (chlorhexidine, polyvidone iodée).
5. **Séchez délicatement**, puis recouvrez avec un pansement stérile.
6. **Changez le pansement chaque jour** ou s'il est souillé/humide.

Quand consulter rapidement?

- Plaie de plus de 2 cm ou très profonde
- Bords écartés ou présence de corps étranger visible
- Saignement qui ne s'arrête pas après 10 minutes
- Plaie causée par morsure, clou rouillé ou objet sale
- Douleur persistante, rougeur croissante, chaleur ou pus
- Vaccin antitétanique non à jour

Morsures : attention danger

Les morsures (chien, chat, humain) comportent **un risque élevé d'infection**. Même une petite plaie doit être :

- **Largement nettoyée** à l'eau et au savon
- **Surveillée de près**

- **Consultée rapidement** pour évaluation médicale, antibiotiques ou vaccination (antitétanique, antirabique)

Astuces utiles

- **N’appliquez jamais de poudre, beurre ou produits maison** sur une plaie
- **Ne refermez pas une plaie infectée ou sale** avec des bandages trop serrés
- Pour les petites plaies au visage ou aux mains, un avis médical est conseillé car ces zones cicatrisent différemment

CHAPITRE 4 - BRÛLURES

4.1 TYPES DE BRÛLURES (THERMIQUES, CHIMIQUES, ÉLECTRIQUES)

[45, 46 ,47, 48]

Les brûlures sont des lésions de la peau et parfois des tissus sous-jacents causées par la **chaleur, des substances corrosives ou un courant électrique**. Elles peuvent être **superficielles ou graves**, nécessitant une évaluation immédiate selon leur **origine, étendue et profondeur**.

Brûlures thermiques

Cause :

- Liquide bouillant, vapeur, feu, objet chaud, graisses

Manifestations :

- Douleur immédiate
- Rougeur, cloques, peau blanchâtre ou carbonisée
- Parfois insensibilité si les nerfs sont atteints

Attention :

- Les brûlures thermiques sont les plus fréquentes à domicile (cuisine, chauffage, bain trop chaud).

- Les enfants et les aînés sont particulièrement vulnérables.

Brûlures chimiques

Cause :

- Produits acides ou basiques (eau de javel, déboucheurs, acides industriels)

Manifestations :

- Brûlure douloureuse, progressive
- Lésions pouvant continuer à s’aggraver si la substance reste sur la peau
- Rougeur, cloques, peau noire ou blanche

Ce qu’il faut faire :

- **Enlever immédiatement les vêtements contaminés**
- **Rincer abondamment à l’eau tiède** pendant **au moins 15 minutes**
- Ne pas neutraliser avec un autre produit (ex. : vinaigre sur base)

Brûlures électriques

Cause :

- Contact avec une source électrique (domestique ou industrielle)

Particularité :

- Les dégâts internes peuvent être **bien plus graves** que l'apparence extérieure
- Risque d'arrêt cardiaque, lésions musculaires profondes, fractures

Signes possibles :

- Point d'entrée et de sortie du courant (petites plaies)
- Contraction musculaire, perte de conscience, trouble du rythme cardiaque

Que faire :

- **Couper immédiatement l'alimentation électrique**
- Ne jamais toucher la victime tant que le courant n'est pas coupé
- **Appeler les secours sans délai**
- Surveiller les signes vitaux et pratiquer la RCR si nécessaire

Attention particulière

Certaines zones sont **plus sensibles** et justifient une consultation immédiate même pour des brûlures mineures :

- **Visage, mains, pieds, organes génitaux, articulations**
- **Personnes âgées, enfants, femmes enceintes**
- Brûlures circulaires (risque de compression)
- Brûlures avec inhalation de fumée (à surveiller pour détresse respiratoire)

4.2 DEGRÉS DE GRAVITÉ

[49, 50, 51, 52]

La gravité d'une brûlure dépend de **trois facteurs principaux** :

1. **La profondeur de la lésion (degré)**
2. **La surface brûlée (en % de la surface corporelle)**
3. **La localisation et le contexte** (zone touchée, cause, âge du patient)

Les 3 degrés de brûlure

1er degré (superficiel)

Atteinte : uniquement l'épiderme
Apparence : rougeur, peau sèche, sans cloque
Douleur : modérée à vive
Exemple : coup de soleil léger
Évolution : guérit en 3 à 6 jours sans séquelle

Soins : eau tiède, hydratation cutanée, éviter le soleil

2e degré (superficiel ou profond)

Atteinte : épiderme + partie du derme
Apparence : cloques (phlyctènes), peau rouge ou rosée, suintante
Douleur : très vive (si les nerfs sont intacts)

Exemple : brûlure à l'eau bouillante
Évolution :

- **Superficiel** : guérit en 1 à 2 semaines
- **Profond** : plus lent, possible besoin de greffe

Soins : ne jamais percer les cloques, nettoyer, pansement stérile, consulter si étendue ou doute

3e degré (profonde)

Atteinte : toutes les couches de la peau, parfois tissus sous-cutanés
Apparence : peau blanchâtre, brune ou noircie, aspect cartonné
Douleur : aucune (nerfs détruits), mais zones adjacentes très douloureuses
**Exemple : contact prolongé avec flamme ou électricité
Évolution : ne guérit pas seule → nécessite prise en charge urgente, greffe souvent nécessaire

Soins : protéger sans toucher, ne pas hydrater, appeler les secours immédiatement

Évaluer la surface brûlée

Chez l'adulte, on utilise souvent la **règle des 9 %** :

- Bras : 9 % chacun
- Jambe : 18 % chacun

- Tête : 9 %
- Thorax antérieur ou postérieur : 18 % chacun
- Périnée : 1 %

Chez l’enfant, les proportions sont différentes, notamment au niveau de la tête.

Brûlure grave = urgence médicale si :

- 10 % de la surface corporelle brûlée
- 2e degré étendu ou 3e degré, peu importe la surface
- Brûlure au visage, mains, pieds, organes génitaux ou articulations
- Inhalation suspectée (fumée, vapeur, produits toxiques)
- Enfant, personne âgée ou immunodéprimée

4.3 SOINS IMMÉDIATS SELON LE TYPE DE BRÛLURE

[53, 54, 55, 56]

En cas de brûlure, les premières minutes sont **déterminantes** pour limiter les dommages, soulager la douleur et prévenir l'infection. L'intervention doit être **adaptée au type de brûlure** rencontré : thermique, chimique, électrique ou par inhalation.

Brûlures thermiques (feu, liquide chaud, objet brûlant)

1. Refroidir la zone immédiatement :

- Passer sous **eau tiède (15-25°C) pendant 10 à 20 minutes**
- **Ne pas utiliser d'eau glacée, de glace directe ou de beurre**
- Si pas d'eau disponible : compresses imbibées d'eau tiède

2. Enlever délicatement les vêtements autour (sauf s'ils collent à la peau)

3. Couvrir avec un pansement stérile ou un linge propre non adhérent

4. Surveiller les signes de choc ou d’infection

Brûlures chimiques

1. Retirer rapidement les vêtements contaminés

2. Rincer à grande eau tiède (minimum 15 minutes), même si la douleur diminue

- Éviter de répandre le produit sur d’autres zones
- Ne jamais appliquer de neutralisant

3. Appeler les secours si :

- Produit inconnu ou très corrosif
- Douleur persistante
- Brûlure étendue ou aux yeux

Brûlures électriques

1. Couper immédiatement l’alimentation électrique ou s’éloigner de la source sans contact direct

2. Appeler les secours en tout temps, même si la blessure semble mineure

- Risque élevé de lésions internes et troubles cardiaques

3. Surveiller les signes vitaux (respiration, conscience)

- RCR si besoin

4. Ne pas déplacer la victime sauf danger immédiat

Brûlures par inhalation de fumée ou vapeur

Signes :

- Toux, voix rauque, respiration sifflante
- Brûlures autour de la bouche ou du nez
- Signe de suie dans les narines ou la bouche

Que faire :

- Sortir rapidement de la zone enfumée
- Éviter tout effort
- Installer en position assise
- Appeler les secours – **risque d'œdème laryngé fatal**

À ne pas faire en cas de brûlure

- Ne pas percer les cloques
- Ne pas appliquer de corps gras (beurre, huile, crème maison)
- Ne pas utiliser de coton pelucheux
- Ne pas retirer un vêtement collé à la peau

Quand consulter un professionnel?

- Douleur intense persistante
- Brûlure > 3 cm de diamètre
- Brûlure du visage, mains, pieds, organes génitaux
- Toute brûlure chimique ou électrique
- Signes de surinfection : pus, rougeur accrue, fièvre

CHAPITRE 5 - URGENCES CARDIOVASCULAIRES

5.1 CRISE CARDIAQUE (INFARCTUS DU MYOCARDE)

[57, 58, 59, 60]

Une **crise cardiaque** survient lorsque l'irrigation sanguine d'une partie du cœur est **bloquée**, généralement par un caillot dans une artère coronaire. Sans oxygène, le muscle cardiaque commence à se nécroser. C'est une **urgence médicale absolue**, chaque minute compte.

Symptômes typiques

- Douleur thoracique **intense, oppressante ou écrasante**
  → Souvent au centre ou à gauche de la poitrine
  → Irradie parfois vers **le bras gauche, le cou, la mâchoire, le dos**
- Essoufflement, sueurs froides, nausées, vomissements
- Pâleur, sensation de mort imminente
- Vertiges ou perte de conscience

NB : Chez les **femmes, les personnes âgées et les diabétiques**, les signes peuvent être **atypiques** :

- Fatigue extrême
- Essoufflement seul
- Douleur à l'estomac, au dos ou mâchoire

- Malaise diffus sans douleur thoracique franche

Que faire immédiatement?

1. **Appeler les secours (911 / 112)** sans attendre.
   → Ne pas tenter de se rendre seul à l'hôpital.
2. **Asseoir la personne** dans une position confortable (semi-assise).
   → Ne pas l'allonger à plat si elle est consciente.
3. **Administrer 1 comprimé d'aspirine (160-325 mg)** à croquer si la personne n'est **pas allergique** et consciente.
   → L'aspirine peut aider à limiter la formation du caillot.
4. **Surveiller les signes vitaux** : respiration, conscience, pouls.
   → Si la personne perd connaissance et ne respire plus
   → **commencer la RCR**.

Ce qu'il ne faut pas faire

- Ne pas ignorer les symptômes, même s'ils disparaissent
- Ne pas donner à boire ou à manger
- Ne pas masser la poitrine (sauf pour la RCR en cas d'arrêt)
- Ne pas administrer les médicaments d'autrui (ex. : nitroglycérine sans prescription)

Prévention et contexte

La crise cardiaque survient souvent chez des personnes ayant :

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Cholestérol élevé
- Antécédents familiaux de maladie cardiaque
- Mode de vie sédentaire, tabac, stress chronique

Même les plus jeunes peuvent être touchés, surtout si plusieurs facteurs de risque sont présents.

5.2 AVC (SIGNES D'ALERTE : VITE = VISAGE, INCAPACITÉ, TROUBLE DE PAROLE, EXTRÊME URGENCE)

[61, 62, 63, 64]

Un **AVC (accident vasculaire cérébral)** survient lorsque la circulation sanguine vers une partie du cerveau est **interrompue** (AVC ischémique) ou lorsqu'un vaisseau éclate (AVC hémorragique). Dans les deux cas, les cellules cérébrales sont privées d'oxygène et commencent à mourir en quelques minutes.

C'est une course contre la montre : chaque minute perdue, ce sont des **millions de neurones détruits**.

Reconnaître les signes de l'AVC : méthode VITE

V – **Visage** : le visage est-il affaissé d'un côté?
I – **Incapacité** : une faiblesse dans un bras ou une jambe?
T – **Trouble de la parole** : la personne parle-t-elle de manière étrange ou incompréhensible?
E – **Extrême urgence** : appeler **IMMÉDIATEMENT** les secours (911 / 112)

Même un seul de ces signes suffit pour suspecter un AVC.

Autres signes possibles

- Vision floue ou double
- Étourdissement, perte d'équilibre
- Maux de tête soudains, violents
- Confusion mentale soudaine
- Trouble de compréhension ou perte de conscience

Que faire immédiatement?

1. **Appeler les secours sans délai** : mentionner « suspicion d'AVC » dès le début de l'appel.
   → Les équipes médicales peuvent se préparer pour un traitement rapide.
2. **Notez l'heure exacte** d'apparition des symptômes.
   → Crucial pour décider d'un traitement (ex. : thrombolyse).
3. **Asseyez la personne ou allongez-la, tête légèrement surélevée.**
   → Ne pas lui faire boire, manger ou prendre des médicaments.
4. **Rassurez-la, parlez doucement.**
   → Même si elle ne répond pas, elle vous entend peut-être.

À ne jamais faire

- Ne pas attendre que « ça passe »
- Ne pas conduire la personne vous-même sauf si isolement extrême
- Ne pas lui donner d’aspirine (risque de saignement si AVC hémorragique)

Le saviez-vous?

- Un AVC peut toucher **n’importe qui, à tout âge**
- Plus de 80 % sont **évités ou limités** si la personne est prise en charge en **moins de 4 h 30**
- Des séquelles peuvent être **prévenues** avec des traitements d’urgence comme la thrombolyse

5.3 HYPERTENSION SÉVÈRE, HYPOTENSION

[65, 66, 67, 68]

La pression artérielle est un indicateur crucial du bon fonctionnement du système cardiovasculaire. **Trop élevée (hypertension sévère)** ou **trop basse (hypotension)**, elle peut devenir une **urgence médicale**, surtout si elle s'accompagne de symptômes graves.

Hypertension sévère (crise hypertensive)

Définition :
Pression artérielle systolique > 180 mmHg et/ou diastolique > 120 mmHg **avec ou sans symptômes**.

Signes alarmants :

- Maux de tête intenses, pulsatifs
- Troubles de la vision
- Douleur thoracique
- Essoufflement
- Confusion, convulsions
- Nausées, vomissements
- Saignement de nez abondant

→ En présence de ces signes, il peut s'agir d'une **urgence hypertensive**, menaçant le cerveau, le cœur ou les reins.

Que faire :

- **Asseoir la personne, la rassurer.**
- **Appeler les secours immédiatement.**
- **Ne pas donner d'antihypertenseur non prescrit ou en double dose.**

Hypotension sévère (chute de tension)

Définition :
Pression artérielle systolique < 90 mmHg, pouvant chuter davantage selon les individus.

Signes fréquents :

- Étourdissement ou perte de connaissance
- Fatigue extrême, faiblesse
- Vision trouble
- Peau moite, froide, pâle
- Respiration rapide
- Pouls faible et rapide

→ L'hypotension sévère peut être un **signe de choc** (cardiogénique, hémorragique, septique).

Que faire :

- **Allonger la personne, jambes surélevées** (sauf traumatisme ou détresse respiratoire)
- **Surveiller les signes vitaux**
- **Appeler les secours** si la personne reste symptomatique ou perd connaissance
- **Couvrir pour éviter l'hypothermie**

Causes possibles à connaître

Hypertension sévère :

- Hypertension chronique mal contrôlée
- Médicaments, drogues (cocaïne, amphétamines)
- Stress aigu, douleur intense
- Crise rénale, prééclampsie

Hypotension sévère :

- Déshydratation, perte de sang
- Médicaments hypotenseurs ou overdose
- Infection sévère (sepsis)
- Infarctus ou troubles cardiaques
- Réactions allergiques graves

Astuce pour surveiller à domicile

- Une **tension artérielle normale** se situe généralement entre **110/70 et 130/80 mmHg**.
- Utiliser un **tensiomètre automatique fiable** pour détecter les variations anormales.
- Ne jamais **ajuster un traitement soi-même sans avis médical.**

CHAPITRE 6 - URGENCES RESPIRATOIRES

❶❶❷

6.1 ASTHME AIGU SÉVÈRE

[69, 70, 71, 72]

L'**asthme aigu sévère** est une forme grave de crise d'asthme. Elle se caractérise par une **obstruction brutale et persistante des voies respiratoires**, malgré l'utilisation des traitements habituels. Cette situation peut évoluer rapidement vers l'asphyxie si elle n'est pas traitée immédiatement.

Reconnaître la crise d'asthme sévère

Signes d'alerte :

- Essoufflement extrême, respiration rapide
- Incapacité de parler en phrases complètes
- Utilisation visible des muscles respiratoires accessoires (creusement entre les côtes)
- Sifflements audibles à l'expiration (voire disparition des sifflements = silence anormal)
- Toux persistante, surtout la nuit
- Peau pâle, sueurs froides, lèvres ou doigts bleutés (cyanose)
- Agitation ou confusion
- Diminution du niveau de conscience = **urgence vitale**

Que faire immédiatement?

1. **Installer la personne en position assise**, penchée légèrement vers l'avant (position du trépied)
   → Cela facilite l'ouverture des voies respiratoires
2. **Aider à utiliser son inhalateur de secours (bronchodilatateur)**
   - Habituellement un **aérosol doseur de salbutamol (Ventolin®)**
   - 4 bouffées espacées de 30 secondes (avec ou sans chambre d'espacement)
   - Répéter toutes les 20 minutes jusqu'à 3 fois, **si les secours sont en route**
3. **Appeler immédiatement les secours** (911 / 112)
   - Mentionner « crise d'asthme sévère – non soulagée »
4. **Surveiller la respiration et l'état de conscience**
   → Si arrêt respiratoire : débuter la **RCR**

Signes de gravité absolue

- Respiration paradoxale (mouvement thoraco-abdominal inversé)
- Somnolence, difficulté à rester éveillé

- Absence de bruit respiratoire = obstruction totale
- Pas d’amélioration après bronchodilatateur

→ Il faut **agir vite** pour éviter l’arrêt respiratoire.

Astuces et prévention

- Avoir un **plan d’action écrit** (souvent prescrit par le médecin)
- Conserver l’inhalateur **chargé, accessible, non expiré**
- Éviter les déclencheurs connus (poussière, fumée, allergènes)
- Faire un **suivi régulier** avec un professionnel de santé

6.2 EMBOLIE PULMONAIRE

[73, 74, 75, 76]

L'**embolie pulmonaire (EP)** est une obstruction brutale d'une ou plusieurs artères pulmonaires, causée généralement par un **caillot sanguin** provenant des jambes ou du bassin (thrombose veineuse profonde). Elle peut entraîner une **détresse respiratoire, un arrêt cardiaque ou la mort** si elle n'est pas reconnue rapidement.

Signes d'alerte de l'embolie pulmonaire

Les symptômes peuvent varier selon la taille du caillot et la condition de base de la personne. Les plus fréquents sont :

- **Essoufflement soudain et intense**, sans cause apparente
- **Douleur thoracique aiguë**, qui augmente à l'inspiration
- **Toux**, parfois avec crachats de sang (hémoptysie)
- **Fréquence respiratoire et cardiaque augmentée**
- Sensation de vertige, évanouissement
- Peau moite, pâleur, anxiété marquée

Signes associés possibles :

- Douleur, gonflement ou rougeur d'un mollet (thrombose veineuse profonde)
- Fièvre légère

Que faire en cas de suspicion?

1. **Appeler immédiatement les secours (911 / 112)**
   → Mentionner une **suspicion d'embolie pulmonaire**
2. **Installer la personne en position semi-assise**
   → Pour faciliter la respiration
3. **Rassurer et parler calmement**
   → Éviter les efforts, mouvements ou déplacements
4. **Surveiller les signes vitaux**
   → En cas d'arrêt respiratoire : commencer la RCR

Personnes à risque accru

- Alitement prolongé, immobilisation (voyage, chirurgie)
- Fracture récente, chirurgie orthopédique
- Antécédents personnels ou familiaux de thrombose
- Contraceptifs hormonaux ou grossesse
- Cancer, maladies auto-immunes, tabagisme, obésité

Le saviez-vous?

- Environ **1 personne sur 10** souffrant d’une thrombose non traitée développe une embolie pulmonaire.
- Plus de 70 % des cas sont **évitables** avec un dépistage et des mesures préventives adéquates.

6.3 ŒDÈME AIGU DU POUMON

[77, 78, 79, 80]

L'**œdème aigu du poumon (OAP)** est une urgence grave caractérisée par l'**accumulation soudaine de liquide dans les alvéoles pulmonaires**, empêchant l'oxygène de passer dans le sang. La cause principale est souvent **cardiaque** (insuffisance ventriculaire gauche), mais il peut aussi être lié à des intoxications, des infections sévères ou des traumatismes.

Signes caractéristiques de l'OAP

- **Essoufflement soudain et sévère** (dyspnée aiguë)
- Respiration rapide, haletante
- **Toux avec expectorations mousseuses, parfois rosées**
- **Sensation d'étouffement**, surtout en position couchée
- **Anxiété extrême, agitation, panique**
- Bruits anormaux à l'auscultation (râles crépitants)
- Cyanose (coloration bleutée des lèvres ou des ongles)
- Sueurs froides, peau moite

Que faire immédiatement?

1. **Appeler les secours (911 / 112) immédiatement**
   → Mentionner « détresse respiratoire – œdème pulmonaire possible »
2. **Asseoir la personne en position semi-assise ou penchée vers l'avant**
   → Soulage la respiration et diminue le retour veineux au cœur
3. **Rassurer et maintenir au calme**
   → L'agitation aggrave l'hypoxie
4. **Ne rien donner à boire ou à manger**
   → Risque d'aspiration
5. **Surveiller l'état de conscience et la respiration**
   → RCR si arrêt respiratoire

Causes fréquentes

- **Insuffisance cardiaque gauche** (post-infarctus, HTA mal contrôlée)
- **Crise hypertensive sévère**
- **Réinjection trop rapide de liquide (perfusion excessive)**
- **Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)**
- **Intoxications (opioïdes, salicylés, gaz toxiques)**

Le saviez-vous?

- L’OAP peut apparaître **en pleine nuit**, forçant la personne à s’asseoir pour respirer
- C’est une des causes principales d’hospitalisation en cardiologie d’urgence
- Une prise en charge précoce **réduit drastiquement le risque de décès ou de séquelles**

6.4 INSUFFISANCE RESPIRATOIRE AIGU

[81, 82, 83, 84]

L'**insuffisance respiratoire aiguë** est une condition critique où les **poumons ne parviennent plus à fournir suffisamment d'oxygène** au sang, ou ne parviennent pas à éliminer le dioxyde de carbone. Elle peut résulter de **nombreuses pathologies** et constitue une **urgence vitale** nécessitant une intervention immédiate.

Symptômes caractéristiques

- **Essoufflement extrême**, rapide et inefficace
- **Tachypnée** (respiration > 30/min)
- **Cyanose** (coloration bleutée des lèvres, doigts, visage)
- **Tirage des muscles intercostaux**, battement des ailes du nez
- **Altération de la conscience** : confusion, somnolence, agitation
- Respiration bruyante ou irrégulière
- Pouls rapide, transpiration froide

Que faire immédiatement?

1. **Appeler les secours sans attendre (911 / 112)**
   → Mentionner « insuffisance respiratoire aiguë »
2. **Installer la personne en position semi-assise ou assise**
   → Ne pas l'allonger, cela aggrave la dyspnée
3. **Ne rien administrer par la bouche**
   → Risque élevé d'aspiration
4. **Rassurer, rester calme, parler doucement**
5. **Si la personne ne respire plus ou s'effondre :**
   → **Commencer la RCR** immédiatement, avec ventilation si possible

Principales causes

- **Crise d'asthme sévère non contrôlée**
- **Pneumonie aiguë sévère ou embolie pulmonaire**
- **Œdème pulmonaire aigu**
- **Traumatisme thoracique (côtes cassées, hémothorax, pneumothorax)**
- **Inhalation de fumée ou gaz toxique**
- **Surdose médicamenteuse (opioïdes, sédatifs)**
- **Exacerbation de BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)**

Le saviez-vous?

- L’oxygénothérapie à haut débit et la ventilation assistée sont les traitements d’urgence standards
- En l’absence de prise en charge, l’insuffisance respiratoire peut évoluer vers l’**arrêt respiratoire et cardiaque**
- Un patient connu pour une maladie respiratoire (asthme, BPCO) doit toujours avoir un **plan d’urgence personnalisé**

CHAPITRE 7 - URGENCES MÉTABOLIQUES

7.1 HYPOGLYCÉMIE / HYPERGLYCÉMIE SÉVÈRE (COMA DIABÉTIQUE)

[85, 86, 87, 88]

Les déséquilibres majeurs de la glycémie peuvent entraîner des **états de conscience altérée**, voire un **coma diabétique**, potentiellement mortel. La reconnaissance rapide des signes d'hypo ou d'hyperglycémie et la **prise en charge immédiate** peuvent sauver une vie.

Hypoglycémie sévère

Définition :
Taux de glucose sanguin **inférieur à 4 mmol/L** (ou < 70 mg/dL), surtout < 2.8 mmol/L = urgence.

Causes fréquentes :

- Dose excessive d'insuline ou de médicaments hypoglycémiants
- Saut de repas, jeûne
- Effort physique intense
- Alcool à jeun
- Vomissements, diarrhée

Signes caractéristiques :

- Transpiration abondante, tremblements
- Faim intense, palpitations
- Faiblesse soudaine, étourdissement
- Confusion, comportement inhabituel, agressivité
- Troubles de la parole, vision floue
- Convulsions, perte de conscience

Que faire en cas d'hypoglycémie?

1. **Si la personne est consciente :**
   → Lui donner **15 g de sucre rapide** (ex. : jus, comprimé de glucose, cola, miel sous la langue)
2. **Attendre 15 minutes**, puis recontrôler les signes.
   → Si les symptômes persistent : redonner 15 g de sucre
3. **Une fois les signes améliorés** : donner un **repas complet** ou une collation avec protéines
4. **Si la personne est inconsciente ou ne peut avaler :**
   - **Ne rien donner par la bouche**
   - **Appeler les secours immédiatement**
   - Si formation préalable : injection de **glucagon (si disponible)**

Hyperglycémie sévère (coma diabétique)

Définition :
Taux de glucose > 14 mmol/L (250 mg/dL) avec **signes de déséquilibre métabolique** :

- Acidocétose (souvent chez les diabétiques de type 1)
- Syndrome hyperosmolaire (plutôt type 2, personnes âgées)

Signes caractéristiques :

- Soif intense, bouche sèche
- Besoin fréquent d'uriner
- Fatigue extrême
- Nausées, vomissements
- Douleur abdominale
- Respiration rapide et profonde (respiration de Kussmaul)
- Haleine fruitée (acétone)
- Somnolence, confusion, perte de conscience

Que faire en cas d'hyperglycémie sévère?

1. **Appeler immédiatement les secours (911 / 112)**

2. **Allonger la personne sur le côté (PLS) si inconsciente**
3. **Ne pas donner d'insuline ni de sucre sans avis médical**
4. **Surveiller respiration et conscience**

À savoir

- Ne pas confondre hypo et hyperglycémie : **si doute → traiter comme une hypoglycémie**, car elle est plus urgente
- Les deux conditions peuvent mener au **coma diabétique** si non prises en charge rapidement
- Chez les personnes âgées, l'hyperglycémie peut passer inaperçue jusqu'au coma

7.2 DÉSHYDRATATION GRAVE / COUP DE CHALEUR

[89, 90, 91, 92]

La **déshydratation sévère** et le **coup de chaleur** sont des urgences fréquentes lors de canicules, d'activités physiques intenses ou chez des personnes vulnérables (aînés, enfants, malades chroniques). Elles peuvent rapidement mener à une **détresse vitale** si non reconnues à temps.

Déshydratation grave

Causes fréquentes :

- Transpiration excessive (chaleur, effort physique)
- Diarrhées, vomissements prolongés
- Fièvre élevée
- Médicaments diurétiques
- Apport hydrique insuffisant (surtout chez les personnes âgées)

Signes :

- Soif intense
- Fatigue, faiblesse, étourdissements

- Urines foncées, peu abondantes
- Bouche sèche, langue collante
- Crampes musculaires
- Hypotension, pouls rapide
- Confusion, perte de conscience

Que faire?

1. **Amener la personne dans un endroit frais, à l'ombre**
2. **Allonger ou asseoir** la personne, jambes surélevées
3. **Faire boire par petites gorgées** : eau, bouillon, solution de réhydratation
4. **Surveiller l'état de conscience et la respiration**
5. **Appeler les secours si :**
    - Incapacité de boire
    - Perte de conscience
    - Vomissements persistants
    - Signes de choc (peau moite, froide, confusion)

Coup de chaleur (insolation sévère)

Définition :
Élévation brutale de la température corporelle > 40 °C causée

par une exposition prolongée à la chaleur **sans mécanisme de refroidissement efficace (transpiration bloquée)**

Signes :

- Température corporelle très élevée
- **Peau chaude, sèche, rouge (sans sueur)**
- Maux de tête, nausées, vomissements
- Étourdissements, délire, convulsions
- Somnolence, perte de conscience
- Respiration rapide, pouls fort et rapide

Que faire?

1. **Appeler immédiatement les secours (911 / 112)**
2. **Amener la personne dans un endroit frais, climatisé si possible**
3. **Allonger avec la tête légèrement surélevée**
4. **Retirer les vêtements superflus**
5. **Refroidir le corps activement** :
    - Tamponner avec des serviettes humides
    - Ventiler avec un éventail ou un ventilateur

- Appliquer de la glace sur le cou, les aisselles, l’aine (zones vasculaires)

6. **Ne rien donner à boire si la personne est confuse ou inconsciente**

À retenir

- Le **coup de chaleur est plus dangereux que l’insolation classique** (avec sueurs abondantes)
- Il peut entraîner un **arrêt cardiaque ou cérébral** si non traité rapidement
- Les enfants, les personnes âgées et les travailleurs extérieurs sont les plus à risque

7.3 HYPOTHERMIE

[93, 94, 95, 96]

L'**hypothermie** est une **chute de la température corporelle en dessous de 35 °C**, causée par une exposition prolongée au froid, à l'humidité ou au vent. Elle peut survenir à l'extérieur, mais aussi en intérieur insuffisamment chauffé, notamment chez les personnes âgées ou affaiblies. Non traitée, elle évolue vers **l'inconscience, l'arrêt respiratoire puis cardiaque.**

Causes fréquentes

- Froid intense, vent glacial, pluie ou immersion en eau froide
- Vêtements mouillés ou insuffisants
- Chute dans l'eau glacée
- Consommation d'alcool ou de drogues (altère la perception du froid)
- Immobilisation prolongée à l'extérieur
- Âge avancé, dénutrition, troubles neurologiques

Signes de l'hypothermie (par stade)

Stade léger (32–35 °C) :

- Frissons, engourdissement

- Difficulté à parler, maladresse
- Pâleur, peau froide
- Fatigue, confusion

Stade modéré (28–32 °C) :

- Frissons absents
- Troubles de conscience, somnolence
- Rythme cardiaque lent, irrégulier
- Respiration ralentie

Stade sévère (< 28 °C) :

- Inconscience
- Pupilles dilatées
- Absence apparente de respiration
- Risque imminent d’arrêt cardiaque

Que faire immédiatement?

1. **Appeler les secours (911 / 112)**
   → Mentionner « suspicion d’hypothermie »
2. **Amener la personne à l’abri du froid et du vent**
   → Si ce n’est pas possible, **isoler du sol** avec couverture ou vêtements

3. **Retirer les vêtements mouillés** si possible, **sécher doucement**
   → Remplacer par des vêtements secs, couvrir avec des couvertures
4. **Réchauffer lentement** :
   - Utiliser des **compresses tièdes** (pas chaudes) sur le tronc, le cou, les aisselles
   - **Ne pas appliquer de chaleur directe (eau chaude, bouillotte, feu)**
5. **Surveiller les signes vitaux**
   → Si inconsciente et absence de respiration : **débuter la RCR**

À ne pas faire

- Ne jamais **frotter ou masser** un membre gelé
- Ne pas réchauffer rapidement (risque d'arythmie grave)
- Ne pas donner à boire à une personne confuse ou inconsciente

Astuce de prévention

- Toujours s'habiller en couches (même par température modérée)

- Se changer rapidement après une exposition à l'humidité
- Éviter l'alcool en milieu froid : il **augmente les pertes de chaleur** et donne une fausse sensation de chaleur

7.4 HYPERTHERMIE MALIGNE / FIÈVRE SÉVÈRE

[97, 98, 99, 100]

L'**hyperthermie** est une **élévation anormale de la température corporelle**, souvent au-delà de **40 °C**, qui **dépasse les capacités de régulation du corps**. Contrairement à la fièvre ordinaire qui est un mécanisme de défense, certaines formes d'hyperthermie représentent une **urgence vitale**.

Hyperthermie maligne (rare mais grave)

Définition :
Réaction aiguë rare à certains médicaments ou anesthésiques, avec une **élévation rapide et incontrôlée de la température corporelle**.

Déclencheurs connus :

- Anesthésiques halogénés (en salle d'opération)
- Succinylcholine (relaxant musculaire)
- Certains neuroleptiques (syndrome malin des neuroleptiques)

Signes :

- Fièvre > 40–41 °C

- Rigidité musculaire
- Respiration rapide
- Arythmie cardiaque, tachycardie
- Troubles de conscience, convulsions
- Acidité sanguine (acidose), myoglobinurie (urine brunâtre)

Que faire?

1. **Appeler les secours immédiatement**
2. **Refroidir activement le corps** (serviettes froides, packs de glace sur aisselles, aine, cou)
3. **Surveiller les signes vitaux**
4. **Ne rien donner par voie orale** si conscience altérée
5. Informer les professionnels si la personne a récemment subi une **anesthésie** ou **pris des antipsychotiques**

Fièvre sévère (non infectieuse ou infectieuse)

Température > 40 °C
→ Peut être causée par une infection grave (méningite, sepsis), une insolation, une réaction médicamenteuse ou une pathologie inflammatoire.

Signes d’alerte :

- Frissons intenses ou alternance chaud/froid
- Confusion, délire, convulsions
- Déshydratation sévère
- Peau rouge ou moite
- Fréquence cardiaque rapide, respiration accélérée

Que faire?

1. **Faire boire de l’eau par petites gorgées** si la personne est consciente
2. **Enlever les couches de vêtements superflus**
3. **Appliquer des compresses tièdes (pas froides)** au front, nuque, aisselles
4. **Surveiller température et conscience**
5. **Appeler les secours si :**
    - Température > 40 °C persiste
    - Convulsions
    - Inconscience ou confusion

Ne pas faire

- Ne jamais donner d’aspirine à un enfant (risque de syndrome de Reye)
- Ne pas plonger dans un bain froid (risque de choc thermique)
- Éviter la surdose de médicaments antipyrétiques (acétaminophène, ibuprofène)

Astuce

- En cas de fièvre, l’**objectif est le confort**, pas forcément de ramener la température à 37 °C.
- La **surveillance de l’évolution et des symptômes associés** est plus importante que le chiffre seul.

CHAPITRE 8 - URGENCES NEUROLOGIQUES

8.1 CONVULSIONS (ÉPILEPSIE, CRISE FÉBRILE)

[101, 102, 103, 104]

Les **convulsions** sont des épisodes soudains d'activité électrique anormale dans le cerveau, provoquant des mouvements involontaires, une perte de conscience ou des comportements inhabituels. Qu'elles soient liées à l'**épilepsie**, à une **fièvre chez l'enfant** ou à une **autre cause**, elles nécessitent un encadrement calme, sécuritaire et rapide.

Types courants de convulsions

Crise tonico-clonique généralisée (grand mal)

- Perte soudaine de conscience
- Raideur musculaire (phase tonique), suivie de secousses (phase clonique)
- Morsure de la langue, respiration bruyante, incontinence possible
- Durée : 1 à 3 minutes➤ Crise fébrile (chez l'enfant de 6 mois à 5 ans)
- Fièvre élevée déclenchant une crise similaire au grand mal

- Généralement bénigne et unique
- Peut être effrayante pour l'entourage, mais souvent sans séquelle

Que faire en cas de convulsion?

1. **Protéger la personne de l'environnement :**
    - Allonger doucement sur le sol
    - Éloigner les objets dangereux ou coupants
    - **Ne rien mettre dans la bouche** (risque d'étouffement ou de blessure)
2. **Ne pas restreindre les mouvements**
   → Laisser la crise suivre son cours
3. **Surveiller la durée** avec une montre
4. **Après la crise :**
    - Placer en **position latérale de sécurité (PLS)**
    - Vérifier la respiration
    - Rassurer la personne au réveil (désorientation fréquente)

Appeler les secours (911 / 112) si :

- La crise dure **plus de 5 minutes**

- C’est **une première crise** ou **une cause inconnue**
- La personne ne reprend pas conscience après quelques minutes
- Convulsions répétées sans retour à la normale entre les épisodes
- Crise chez un nourrisson de moins de 6 mois
- Convulsions après un traumatisme ou une intoxication

À éviter absolument

- Ne jamais forcer la bouche ouverte ou tenter de sortir la langue
- Ne pas donner d’eau ou de médicament pendant la crise
- Ne pas paniquer ou crier : votre calme sécurise l’environnement

Après une crise

- La personne peut être **fatiguée, confuse, amnésique ou irritable**
- Évitez de la laisser seule pendant au moins 30 minutes
- Notez les **circonstances et durée** de la crise pour les professionnels

8.2 SYNCOPE / PERTE DE CONNAISSANCE

La **syncope** est une perte **brutale, brève et réversible de la conscience**, due à une **diminution temporaire du flux sanguin au cerveau**. Elle est souvent bénigne, mais peut aussi être le **signe d'un trouble grave** (cardiaque, neurologique ou métabolique). Il est essentiel de bien réagir face à un évanouissement, même passager.

Différence entre syncope, coma et convulsion

- **Syncope** : perte de conscience brève, avec récupération rapide
- **Coma** : inconscience prolongée, sans réponse aux stimuli
- **Convulsion** : mouvements involontaires souvent associés à une perte de conscience

Causes fréquentes de syncope

- **Vasovagale** (émotion forte, douleur, chaleur, station debout prolongée)
- **Hypotension orthostatique** (changement brusque de position)

- **Hypoglycémie**
- **Déshydratation**
- **Arythmies cardiaques**
- **Crise d’épilepsie (avec perte de tonus)**
- **Médicaments hypotenseurs**

Que faire lors d'une syncope?

1. **Allonger la personne sur le dos**, jambes surélevées
   → Facilite le retour du sang au cerveau
2. **Dégager les voies respiratoires**, desserrer les vêtements serrés
   → Col, ceinture, soutien-gorge
3. **Surveiller la respiration et le pouls**
   → Si absents : **commencer la RCR**
4. **Ne pas laisser se relever immédiatement après le réveil**
   → Attendre au moins 5 à 10 minutes
5. **Offrir un verre d’eau ou une collation sucrée** si la cause est probable (hypoglycémie)

Appeler les secours si :

- Perte de conscience de **plus de 1 à 2 minutes**

- Récidive ou **pas de cause évidente**
- Absence de reprise de conscience rapide
- Antécédents cardiaques, épilepsie ou diabète
- Chute avec blessure ou convulsions
- Syncope **à l'effort ou en position couchée** (suspicion d'origine cardiaque)

À ne pas faire

- Ne pas forcer la personne à boire ou à s'asseoir pendant qu'elle est inconsciente
- Ne pas la laisser seule en attendant qu'elle récupère complètement
- Ne pas secouer ou gifler pour « réveiller » (inutile et potentiellement dangereux)

Astuce

Une **syncope simple** (ex. : debout trop longtemps dans la chaleur) n'est pas dangereuse en soi. Mais il est crucial de **chercher la cause** pour exclure un problème sous-jacent.

8.3 AGITATION PSYCHOMOTRICE AIGUË / DÉLIRE

[105, 106, 107, 108, 109, 110, 111]

Définitions
L'agitation psychomotrice aiguë désigne un état d'excitation motrice intense accompagné d'une anxiété manifeste, de comportements inadaptés, parfois dangereux pour la personne ou son entourage. Le délire, quant à lui, est un syndrome aigu caractérisé par une confusion mentale, des troubles de l'attention, de la conscience, et des perturbations cognitives soudaines, souvent fluctuantes.

Situation d'urgence
Ces états nécessitent une **prise en charge rapide et structurée**, car ils peuvent signaler une pathologie médicale sous-jacente grave (ex. : infection, déséquilibre métabolique, intoxication) ou évoluer vers un état critique (troubles du comportement, chutes, complications iatrogènes).

Signes à reconnaître

- Changement soudain du comportement ou de l'état mental
- Agitation physique, déambulation, opposition aux soins
- Hallucinations, propos incohérents, confusion

- Inattention marquée, désorientation spatio-temporelle
- Alternance entre somnolence et agitation

Causes fréquentes (à rechercher activement)

- **Infections** (ex. : infection urinaire, pneumonie)
- **Troubles métaboliques** : hypoglycémie, déshydratation, hyponatrémie
- **Effets médicamenteux** : surdosage, interactions, sevrage
- **Douleur non soulagée**, constipation sévère
- **Accident vasculaire cérébral (AVC)** ou traumatisme crânien
- **Privation sensorielle** (lunettes ou prothèses auditives manquantes)
- **Stress ou environnement inconnu (hospitalisation)**

Conduite à tenir en premiers soins

1. **Assurer la sécurité** : du patient et des intervenants (retirer objets dangereux, éviter l'agitation du groupe).
2. **Évaluer les fonctions vitales** : fréquence respiratoire, pouls, pression artérielle, glycémie capillaire.
3. **Réduire les stimuli** : installer dans un environnement calme, éclairé, rassurant.

4. **Contacter rapidement les secours médicaux** : l'agitation peut masquer un trouble vital.
5. **Ne pas administrer de calmants** sans indication médicale (risques de surdosage ou d'effets inverses).
6. **Recueillir des informations** : antécédents médicaux, traitements en cours, début et évolution des symptômes.

Intervention médicale
Le traitement est **étiologique** (traiter la cause) et **symptomatique** (antipsychotiques à faible dose si nécessaire, réhydratation, correction des troubles métaboliques). La contention physique n'est qu'un **dernier recours**, sous surveillance médicale stricte.

Prévention

- Maintien du rythme jour/nuit
- Hydratation et nutrition adéquates
- Surveillance des médicaments
- Mobilisation douce et régulière
- Rassurer, orienter, maintenir un lien avec l'environnement habituel

À retenir
L'agitation ou le délire chez une personne âgée ou vulnérable est **un signal d'alarme** qui nécessite une réaction immédiate. Il

faut toujours **chercher une cause médicale sous-jacente** et ne pas banaliser un comportement inhabituel.

CHAPITRE 9 - RÉACTIONS ALLERGIQUES ET PIQÛRES

9.1 CHOC ANAPHYLACTIQUE

[112, 113, 114, 115, 116]
Le choc anaphylactique est une réaction allergique systémique grave, soudaine, et potentiellement mortelle. Il résulte d'une hypersensibilité de type I, médiée par les immunoglobulines E (IgE), provoquant une libération massive d'histamine et d'autres médiateurs inflammatoires par les mastocytes et les basophiles. Cela entraîne une vasodilatation généralisée, une perméabilité capillaire accrue, une hypotension, et un bronchospasme.

Causes fréquentes

- **Aliments** : arachides, noix, fruits de mer, lait, œufs
- **Médicaments** : antibiotiques (pénicillines, céphalosporines), AINS, anesthésiques
- **Piqûres d'insectes** : abeilles, guêpes, frelons
- **Produits de contraste iodés** ou exposition à du latex

Signes et symptômes
Les symptômes apparaissent généralement **dans les minutes suivant l'exposition** à l'allergène :

- Rougeur, prurit généralisé, urticaire, œdème facial ou lingual

- Gêne respiratoire, voix rauque, stridor, toux, bronchospasme
- Hypotension, vertiges, malaise, perte de conscience
- Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée
- Sensation de "mort imminente"

Conduite à tenir en urgence

1. **Appeler immédiatement les services d'urgence médicale (911 ou 112)**
2. **Administrer de l'adrénaline en intramusculaire sans délai** (auto-injecteur de type EpiPen® si disponible) :
    - **Adultes** : 0,3 à 0,5 mg d'adrénaline IM (1:1000), à répéter toutes les 5-15 minutes si nécessaire
    - **Enfants** : 0,01 mg/kg IM (dose maximale 0,3 mg)
3. **Allonger la personne sur le dos avec les jambes surélevées**, sauf en cas de vomissements ou de difficultés respiratoires
4. **Dégager les voies respiratoires** si nécessaire, administrer de l'oxygène si disponible
5. **Surveillance des signes vitaux** en attendant l'arrivée des secours

6. **Ne jamais retarder l'administration d'adrénaline** : c'est le traitement clé

Médicaments complémentaires (sous supervision médicale)

- **Antihistaminiques (ex. : diphénhydramine)** pour réduire les symptômes cutanés
- **Corticoïdes (ex. : prednisone, méthylprednisolone)** pour prévenir une réaction biphasique
- **Bronchodilatateurs (salbutamol)** en cas de bronchospasme

Prévention

- Port d'un **bracelet médical** pour les personnes à risque
- Prescription d'un **auto-injecteur d'adrénaline** à garder en tout temps
- Éducation à l'**éviction des allergènes connus** et à la reconnaissance des premiers signes
- **Avertir les professionnels de santé** (médecin, dentiste, anesthésiste) d'une allergie connue

Réaction biphasique
Il peut y avoir une **récurrence des symptômes après 4 à 24 heures**, même sans nouvelle exposition à l'allergène. Une **observation hospitalière d'au moins 6 à 24 heures** est recommandée après une anaphylaxie sévère.

9.2 PIQÛRES D’INSECTES, MORSURES ANIMALES

[117, 118, 119, 120, 121]

PIQÛRES D’INSECTES

Définition

Les piqûres d’insectes (abeilles, guêpes, frelons, moustiques, tiques, araignées) peuvent entraîner une réaction locale bénigne, une infection secondaire, ou parfois une réaction allergique grave (cf. section 9.1).

Signes cliniques fréquents

- Douleur, rougeur, chaleur, gonflement localisé
- Prurit, sensation de brûlure
- Vésicules ou croûtes selon l’insecte
- Réactions systémiques rares : fièvre, céphalée, urticaire généralisée

Conduite à tenir (réaction bénigne)

1. **Retirer le dard si présent** (gratter doucement avec une carte rigide, sans pincer)
2. **Laver la zone** avec de l’eau et du savon

3. **Appliquer du froid localement** (glace dans un linge, 10-15 min)
4. **Administrer un antihistaminique oral** en cas de prurit important
5. **Éviter de gratter** pour prévenir l'infection
6. **Surveiller pendant 30 à 60 minutes** pour exclure une réaction allergique grave

Cas particuliers

- **Tiques** : retirer la tique sans écraser le corps (pince fine), désinfecter, surveiller l'apparition d'un érythème migrant (cf. maladie de Lyme)
- **Araignées venimeuses** (ex. : recluse brune, veuve noire) : prise en charge hospitalière si signes de nécrose, spasmes, fièvre, céphalées

MORSURES ANIMALES

Définition

Les morsures d'animaux domestiques (chien, chat) ou sauvages peuvent entraîner des blessures mécaniques, des infections graves, et potentiellement la rage.

Signes cliniques

- Plaie perforante ou lacérée, souvent douloureuse
- Rougeur, chaleur, gonflement, écoulement purulent possible
- Risque d'infection locale ou systémique (cellulite, abcès, septicémie)

Principales bactéries en cause

- **Pasteurella multocida** (fréquent chez le chat)
- **Capnocytophaga canimorsus** (risque de septicémie fulminante)
- **Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Anaérobies**

Conduite à tenir en urgence

1. **Laver immédiatement la plaie à grande eau et au savon (5 à 10 minutes)**
2. **Désinfecter la plaie** (chlorhexidine, povidone iodée)
3. **Ne pas suturer une plaie infectée ou à haut risque** (laisser ouverte sauf indication médicale)
4. **Évaluer la nécessité d'un traitement antibiotique prophylactique** :
    - Amoxicilline/acide clavulanique (3 à 5 jours en prévention, 7 à 10 jours si infection)
5. **Vérifier la vaccination antitétanique**

6. **Évaluer le risque de rage** (morsure par animal sauvage, animal inconnu, ou comportement suspect)
    - Si doute, **prophylaxie post-exposition (vaccin + immunoglobulines antirabiques)**

Urgences spécifiques

- Atteinte articulaire, tendineuse ou osseuse
- Morsure au visage ou à la main : risque fonctionnel majeur
- Sujet immunodéprimé ou asplénique : risque accru d'infection sévère

9.3 RÉACTIONS CUTANÉES SÉVÈRES

[122, 123, 124, 125, 126]

Définition

Les réactions cutanées sévères regroupent un ensemble de manifestations dermatologiques aiguës potentiellement graves, souvent déclenchées par des médicaments, des infections virales ou des maladies auto-immunes. Elles peuvent engager le pronostic vital si elles ne sont pas prises en charge rapidement.

Les principales entités cliniques sont :

- **Syndrome de Stevens-Johnson (SSJ)**
- **Nécrolyse épidermique toxique (NET ou syndrome de Lyell)**
- **DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms)**
- **Érythrodermie exfoliative**
- **Urticaire aiguë sévère et angio-œdème étendu**

SYNDROME DE STEVENS-JOHNSON (SSJ) / NÉCROLYSE ÉPIDERMIQUE TOXIQUE (NET)

Étiologie

Ces deux formes appartiennent au même spectre clinique (SSJ < 10 % de surface corporelle décollée, NET > 30 %).
Causes fréquentes : médicaments (allopurinol, sulfonamides, antiépileptiques, AINS), infections virales (herpès, mycoplasme).

Signes cliniques

- Prodromes pseudo-grippaux : fièvre, malaise, douleurs musculaires
- Éruption maculo-papuleuse, évoluant vers des bulles, un décollement cutané, une nécrose épidermique
- Atteinte des muqueuses : bouche, yeux, organes génitaux
- Douleur intense, aspect "peau ébouillantée"
- Risque de déshydratation, d’infection et de choc

Conduite à tenir

1. **Arrêt immédiat du médicament suspecté**
2. **Transfert urgent en soins intensifs ou unité de grands brûlés**

3. **Soins de soutien intensifs** : réhydratation, nutrition, contrôle de la douleur
4. **Prévention des infections secondaires (soins cutanés stériles)**
5. **Consultation en ophtalmologie en cas d'atteinte oculaire**

DRESS (DRUG REACTION WITH EOSINOPHILIA AND SYSTEMIC SYMPTOMS)

Étiologie

Réaction médicamenteuse retardée (2 à 6 semaines après exposition). Médicaments fréquemment en cause : anticonvulsivants, allopurinol, antibiotiques.

Signes cliniques

- Éruption cutanée maculopapuleuse étendue
- Fièvre élevée, adénopathies
- Atteinte viscérale (foie, reins, poumons)
- Hyperéosinophilie, anomalies biologiques

Conduite à tenir

- **Arrêt du médicament**

- **Hospitalisation et surveillance clinique et biologique**
- **Corticothérapie systémique** (sous avis spécialisé)

ÉRYTHRODERMIE EXFOLIATIVE

Définition

Inflammation et desquamation diffuse touchant plus de 90 % de la surface corporelle. Peut être secondaire à un eczéma sévère, un psoriasis ou une réaction médicamenteuse.

Signes cliniques

- Rougeur généralisée
- Desquamation importante
- Fièvre, frissons
- Risque de déséquilibre hydro-électrolytique

Conduite à tenir

- **Hospitalisation urgente**
- **Soins de soutien** (réhydratation, thermorégulation, soins locaux)
- **Traitement étiologique** si identifié

Conduite générale pour toute réaction cutanée sévère

- Retirer la cause suspectée (souvent un médicament)
- Transfert médical en milieu hospitalier
- Ne pas administrer de nouveaux médicaments sans avis spécialisé
- Éviter les crèmes ou antibiotiques locaux sans prescription
- Éduquer le patient sur l’allergène suspect et le consigner dans le dossier médical

CHAPITRE 10 - INTOXICATIONS ET EMPOISONNEMENTS

10.1 PRODUITS MÉNAGERS / MÉDICAMENTS / DROGUES

[127, 128, 129, 130, 131, 132, 133]

Définition et contexte

Les intoxications accidentelles ou volontaires peuvent survenir par ingestion, inhalation, contact cutané ou injection de substances toxiques. Les produits ménagers, les médicaments et les drogues représentent les causes les plus fréquentes, surtout chez les enfants, les personnes âgées, ou en contexte de tentative de suicide ou de consommation récréative.

I. PRODUITS MÉNAGERS

Produits courants : eau de Javel, déboucheurs, détergents, ammoniac, nettoyants à vitres, lessive, etc.

Tableau clinique

- Irritation ou brûlure buccale / œsophagienne
- Douleurs abdominales, vomissements
- Difficultés respiratoires si inhalation (ex : vapeurs d’eau de Javel)

- Hypotension, altération de l'état de conscience dans les cas graves

Conduite à tenir

- **Ne jamais faire vomir la victime**
- **Ne rien faire boire (sauf si indiqué par un centre antipoison)**
- **Contacter immédiatement un centre antipoison**
- **Surveillance en milieu hospitalier si signes de gravité**

II. MÉDICAMENTS

Médicaments les plus fréquemment impliqués :

- Paracétamol (toxique pour le foie à forte dose)
- Benzodiazépines et barbituriques (dépression respiratoire)
- Antidépresseurs tricycliques (troubles cardiaques)
- Bêtabloquants, antihypertenseurs
- Médicaments pour le diabète (hypoglycémie)

Signes cliniques

- Somnolence, coma, convulsions

- Troubles cardiaques, hypotension
- Hypoglycémie ou hyperglycémie
- Signes spécifiques selon la molécule en cause

Conduite à tenir

- **Appeler le 911 ou les urgences immédiatement**
- **Placer la personne en position latérale de sécurité si inconsciente**
- **Ne rien faire ingérer sauf sur indication médicale**
- **Informer les secours sur le nom, la dose et le moment d'ingestion**
- **Transport rapide vers l'hôpital**

III. DROGUES ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Substances fréquentes :

- Cannabis, cocaïne, héroïne, MDMA, amphétamines, fentanyl
- Substances de synthèse : cathinones, NBOMe, GHB

Signes cliniques généraux

- Euphorie, anxiété, agitation, hallucinations

- Convulsions, perte de conscience
- Bradycardie ou tachycardie, respiration lente (opioïdes)
- Hyperthermie (MDMA), délire, coma

Conduite à tenir

- **Surveillance constante**
- **Position latérale de sécurité si inconscient**
- **Réanimation si arrêt cardiorespiratoire**
- **Antidote si disponible (ex : naloxone pour les opioïdes)**
- **Transport immédiat à l'hôpital**

Mesures de prévention

- Garder les produits toxiques hors de portée des enfants, dans des contenants sécurisés
- Ne jamais mélanger des produits chimiques
- Suivre les posologies médicales strictement
- Éviter l'automédication
- Informer les adolescents des dangers liés à la drogue

10.2 CHAMPIGNONS, ALIMENTS AVARIÉS

[133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140]

INTOXICATION PAR CHAMPIGNONS

Les intoxications par champignons peuvent être bénignes (digestives) ou graves, parfois mortelles. La confusion entre champignons comestibles et toxiques est fréquente, surtout lors de la cueillette sauvage.

Types de champignons toxiques fréquents

- **Amanite phalloïde** : responsable de la majorité des décès (toxines hépatotoxiques)
- **Amanite panthère, amanite tue-mouches** : neurotoxiques
- **Clitocybe, inocybes** : effets muscariniques
- **Gyromitre, cortinaires** : atteintes rénales, hépatiques, neurologiques

Tableau clinique (selon le champignon)

- Nausées, vomissements, diarrhée sévère
- Douleurs abdominales intenses

- Troubles neurologiques (hallucinations, agitation, somnolence, convulsions)
- Insuffisance hépatique ou rénale après 6 à 48 h pour les intoxications graves

Conduite à tenir

- **Appeler immédiatement le 911 ou un centre antipoison**
- **Transport rapide à l'hôpital (urgence absolue)**
- **Conserver les restes de champignons pour identification**
- **Traitement symptomatique + antidote spécifique si disponible (ex : silibinine pour amanite phalloïde)**
- **Surveillance biologique (foie, reins) pendant plusieurs jours**

INTOXICATION ALIMENTAIRE (ALIMENTS AVARIÉS)

L'intoxication alimentaire est causée par l'ingestion d'aliments contaminés par des bactéries (ex : Salmonella, E. coli, Listeria), des virus (ex : norovirus), des parasites ou leurs toxines.

Causes fréquentes

- Conservation inadéquate (viandes, produits laitiers)
- Aliments périmés ou mal cuits
- Mauvaise hygiène en cuisine
- Fruits de mer crus ou coquillages contaminés

Signes cliniques

- Nausées, vomissements
- Diarrhée aiguë (parfois sanglante)
- Douleurs abdominales, fièvre
- Déshydratation possible (notamment chez enfants et personnes âgées)
- Complications rares : syndrome hémolytique et urémique, septicémie, paralysie (toxine botulique)

Conduite à tenir

- **Réhydratation orale (solutions électrolytiques)**
- **Repos digestif (éviter les produits laitiers, aliments gras ou sucrés)**
- **Consultation médicale si fièvre persistante, sang dans les selles, signes de déshydratation, ou intoxication suspectée chez une personne fragile**

- **Antibiotiques ou hospitalisation si infection bactérienne sévère**

Mesures de prévention

- Ne jamais consommer un champignon si l'identification n’est pas certaine
- Éviter les conserves maison mal stérilisées (risque de botulisme)
- Respecter la chaîne du froid et les dates de péremption
- Bien cuire les aliments (viandes, œufs, fruits de mer)
- Laver soigneusement les mains et les surfaces en cuisine

10.3 QUE FAIRE AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS

[141, 142, 143, 144, 145, 146, 147]

Lorsqu'une intoxication est suspectée, chaque minute compte. En attendant les secours, certaines actions simples mais cruciales peuvent sauver une vie, tout en évitant d'aggraver la situation. Le mot d'ordre est **ne rien improviser** : il faut adopter une conduite adaptée selon le type d'intoxication.

Évaluer la situation en priorité

- **Vérifier la conscience** de la personne (parler, stimuli)
- **Assurer la sécurité** de l'environnement (aérer, éloigner les substances toxiques)
- **Identifier rapidement** le toxique suspecté (produit, champignon, médicament, drogue…)
- **Noter l'heure de l'exposition** ou de l'ingestion
- **Conserver l'emballage ou le récipient** du produit en cause si possible

Appeler les secours immédiatement

- Composer le **911** (ou le numéro d'urgence local)

- Appeler aussi un **centre antipoison** pour conseils spécifiques :

  Ex. au Québec : Centre antipoison du Québec (CAPQ) – 1 800 463-5060

- Fournir :
  - L'identité de la victime (âge, poids)
  - Le nom exact du produit ou médicament
  - La quantité ingérée (si connue)
  - L'heure d'ingestion ou d'exposition
  - L'état de la personne (symptômes)

Gestes à faire selon les cas

Si la personne est inconsciente mais respire :

- Placer en **position latérale de sécurité**
- Surveiller la respiration et les signes vitaux jusqu'à l'arrivée des secours

Si la personne ne respire plus :

- **Appeler immédiatement le 911**
- Débuter une **réanimation cardio-respiratoire (RCR)** si formé

Si ingestion d’un produit toxique :

- **Ne pas faire vomir**, sauf si conseillé par un professionnel
- **Ne rien donner à boire ou manger**, sauf avis contraire du centre antipoison
- **Ne pas utiliser de charbon activé** sans indication médicale

Si contact avec la peau ou les yeux :

- **Enlever les vêtements souillés**
- **Rincer abondamment à l’eau tiède** pendant 15 minutes
- **Éviter les produits neutralisants** (vinaigre, bicarbonate), sauf recommandation

Si inhalation de vapeurs toxiques :

- Évacuer rapidement la personne à l’air libre
- **Ne pas entrer** dans un lieu fermé contenant des émanations sans protection

Mesures générales de réconfort

- Garder la personne **calme et éveillée si possible**

- **Surveiller les signes de détresse** : respiration, conscience, pouls
- Ne jamais administrer un médicament ou un remède "maison"
- Préparer un **bilan rapide pour les secours** (substance, dose, moment, symptômes)

CHAPITRE 11 - URGENCES PÉDIATRIQUES

11.1 ÉTOUFFEMENT CHEZ L'ENFANT

[148, 149, 150, 151, 152, 153]

L'étouffement (obstruction des voies respiratoires) est une urgence vitale, particulièrement fréquente chez les enfants de moins de 5 ans. Il est souvent causé par des aliments, de petits objets ou des jouets mal adaptés. Une intervention rapide peut faire la différence entre la vie et la mort.

Causes fréquentes d'étouffement

- **Aliments** : bonbons durs, noix, raisins, morceaux de pommes, carottes crues, popcorn
- **Petits objets** : pièces de monnaie, boutons, piles, billes, pièces de Lego
- **Jouets** non conformes à l'âge recommandé
- **Mauvaises postures lors des repas** (courir, rire ou parler en mangeant)

Signes d'un étouffement

Obstruction partielle :

- L'enfant **tousse** vigoureusement
- Peut **parler ou pleurer**
- Doit être encouragé à **continuer de tousser**

Obstruction complète :

- L'enfant **ne peut pas parler, pleurer ni respirer**
- Peut porter les mains à la gorge
- Teint **bleuâtre (cyanose)**, agitation, perte de conscience possible

Conduite à tenir selon l'âge

Nourrisson (< 1 an)

1. **Appeler à l'aide et alerter les secours (911)**
2. **Cinq tapes dans le dos** :
    - Positionner le nourrisson face vers le bas, sur l'avant-bras
    - Soutenir la tête et donner 5 tapes fermes entre les omoplates
3. **Cinq compressions thoraciques** :
    - Retourner l'enfant sur le dos
    - Donner 5 pressions au centre du thorax (juste sous la ligne des mamelons)
4. **Alterner** 5 tapes / 5 compressions jusqu'à expulsion ou perte de conscience

Enfant (> 1 an)

1. **Évaluer s'il peut tousser ou parler**
2. En cas d'obstruction complète :
    - **Appeler le 911**
    - **Effectuer la manœuvre de Heimlich (compression abdominale)** :
        - Debout ou à genoux derrière l'enfant
        - Placer le poing fermé au-dessus du nombril
        - Saisir le poing avec l'autre main
        - Tirer rapidement vers l'intérieur et vers le haut (coup sec)
        - Répéter jusqu'à expulsion ou perte de conscience

En cas de perte de conscience (tout âge) :

- Allonger l'enfant doucement au sol
- **Appeler le 911 si ce n'est pas déjà fait**
- Commencer la **RCR (réanimation cardio-respiratoire)** :
    - 30 compressions thoraciques

- Vérifier la bouche à la recherche de l'objet (retirer seulement si visible)
- 2 insufflations (si formé)
- Reprendre 30 compressions – 2 insufflations jusqu'à reprise de conscience ou arrivée des secours

Prévention

- Ne jamais laisser un enfant manger sans surveillance
- Couper les aliments en très petits morceaux
- Éviter les objets de petite taille à portée de main
- Lire les recommandations d'âge sur les jouets
- Former les parents et gardiens aux gestes de premiers soins

11.2 FIÈVRE ÉLEVÉE

[154, 155, 156, 157, 158, 159]

La fièvre est une élévation de la température corporelle au-delà de 38 °C. Elle est fréquente chez les enfants et constitue une réponse normale du corps à une infection. Toutefois, une fièvre **élevée (≥ 39 °C)** ou mal tolérée peut nécessiter une attention urgente, surtout chez les très jeunes enfants.

Causes fréquentes de fièvre

- **Infections virales** : rhumes, grippes, bronchiolites, gastroentérites
- **Infections bactériennes** : otites, angines, pneumonies, infections urinaires
- **Vaccination récente**
- **Dentition** (rarement cause de fièvres très élevées)
- **Coup de chaleur** ou insolation

Signes d’alerte à surveiller

Certaines situations imposent une consultation médicale rapide :

- Enfant de **moins de 3 mois** avec fièvre ≥ 38 °C
- Fièvre persistante **plus de 48 heures** sans cause claire

- Difficulté à respirer, vomissements répétés, refus de boire
- **Convulsions fébriles**
- Enfant **somnolent**, irritable de façon inhabituelle, ou qui ne réagit pas
- Apparition de **taches violacées sur la peau**, raideur de la nuque

Que faire à domicile ?

- **Prendre la température correctement** (rectale pour les nourrissons, axillaire ou tympanique pour les plus grands)
- **Découvrir légèrement l'enfant**, sans le refroidir brutalement
- Offrir régulièrement de l'**eau ou du lait** pour éviter la déshydratation
- Administrer un **antipyrétique si nécessaire** :
    - Paracétamol (acétaminophène) ou ibuprofène, selon le poids et l'âge
    - Ne jamais donner d'aspirine à un enfant (risque de syndrome de Reye)
- **Surveiller l'évolution** aux 4–6 heures

Quand appeler les secours ?

- Température **> 40 °C persistante** malgré antipyrétique
- Enfant **léthargique, inconscient ou présentant des convulsions**
- Respiration difficile, peau bleue ou marbrée
- Fièvre avec **éruption cutanée inhabituelle ou signes de méningite**

Prévention et éducation parentale

- Éduquer les parents à **reconnaître les signes d'urgence**
- Encourager à **garder un thermomètre et des antipyrétiques adaptés** à domicile
- Expliquer que la fièvre est **un symptôme, pas une maladie**
- Inciter à consulter en cas de doute, surtout pour les jeunes enfants

11.3 CRISE CONVULSIVE FÉBRILE

[160, 161, 162, 163, 164, 165]

Les convulsions fébriles surviennent chez certains jeunes enfants en réponse à une **fièvre rapide ou élevée**, souvent lors d'une infection virale. Bien qu'elles soient spectaculaires et angoissantes, elles sont généralement **bénignes et sans séquelles**.

Qu'est-ce qu'une convulsion fébrile ?

- Survient chez des enfants **de 6 mois à 5 ans**
- Se manifeste par une **perte de conscience**, des **secousses musculaires involontaires**, parfois accompagnées de **roulement des yeux**, de **raideur** ou de **mousse à la bouche**
- Dure en général **moins de 5 minutes**
- Peut suivre ou accompagner une fièvre ≥ **38,5 °C**

Types de convulsions fébriles

- **Simples** (la majorité) :
    - Durée < **15 minutes**, généralisée, **un seul épisode** en 24 h
- **Complexes** :

- Durée > **15 minutes**, convulsions **focales** ou répétées dans les 24 h
- Peuvent nécessiter des examens approfondis

Que faire en cas de convulsion ?

1. **Garder son calme** et **noter l'heure**
2. Allonger l'enfant **sur le côté** (position latérale de sécurité)
3. **Ne rien mettre dans sa bouche**
4. Retirer les objets dangereux à proximité
5. Ne pas retenir les mouvements
6. **Appeler le 911** si :
    - La convulsion dure **plus de 5 minutes**
    - L'enfant ne reprend pas conscience
    - C'est la **première convulsion**
    - Il présente des **difficultés respiratoires** ou un teint bleuâtre

Après la convulsion

- L'enfant est souvent **fatigué ou confus** pendant 10 à 20 minutes

- Une consultation médicale est toujours recommandée, surtout à la première crise
- Le médecin peut prescrire des analyses (prise de sang, examen d'urine, etc.) pour identifier l'origine de la fièvre

Risques de récidive et prévention

- 30 à 40 % des enfants ayant fait une convulsion fébrile en referont une
- Le risque augmente si :
    - L'enfant est **jeune (< 18 mois)**
    - Il a des antécédents familiaux de convulsions fébriles
    - La fièvre est **brutale ou mal contrôlée**

Important : Les convulsions fébriles **ne causent pas d'épilepsie** dans la majorité des cas et ne nécessitent pas de traitement anticonvulsivant préventif.

Ce que les parents doivent savoir

- Les convulsions fébriles **sont fréquentes et rarement dangereuses**

- La **prise en charge rapide de la fièvre** peut aider à limiter leur apparition
- Un **environnement rassurant** et une **bonne information** sont essentiels pour diminuer l'angoisse parentale

CHAPITRE 12 - URGENCES CHEZ LES AÎNÉS

12.1 CHUTES

[166, 167, 168, 169, 170, 171]

Les chutes représentent l'une des principales urgences gériatriques, tant par leur fréquence que par leurs conséquences potentiellement graves. Elles constituent la cause la plus courante de traumatismes non intentionnels chez les personnes âgées, et sont souvent le point de bascule vers une perte d'autonomie. Environ un tiers des personnes de plus de 65 ans chutent chaque année, et ce chiffre augmente avec l’âge et la fragilité fonctionnelle. Parmi celles-ci, près de la moitié tomberont à nouveau dans l’année suivante.

Facteurs de risque

Les causes de chute chez les aînés sont souvent multifactorielles. Elles peuvent être intrinsèques (liées à la personne elle-même) ou extrinsèques (liées à l’environnement).

- **Facteurs intrinsèques** :
    - Diminution de la force musculaire (sarcopénie)
    - Troubles de l’équilibre et de la démarche
    - Troubles cognitifs (démence, confusion)
    - Hypotension orthostatique
    - Problèmes visuels (cataracte, DMLA)

    - Polypharmacie, en particulier les psychotropes (benzodiazépines, antidépresseurs)
    - Affections aiguës (infection urinaire, AVC, hypoglycémie)
- **Facteurs extrinsèques** :
    - Obstacles dans le domicile (tapis, fils électriques, éclairage insuffisant)
    - Chaussures inappropriées
    - Surfaces glissantes
    - Absence de barres d’appui ou de rampes

Conséquences des chutes

Les conséquences d’une chute peuvent aller d’un simple hématome à une fracture, une hospitalisation, une peur de rechuter, ou encore un décès. Parmi les blessures les plus courantes :

- Fracture du col du fémur
- Fractures du poignet ou des vertèbres
- Traumatisme crânien
- Plaies et escarres secondaires à un temps au sol prolongé

La peur de tomber à nouveau peut entraîner une restriction des activités, une perte de confiance et une dégradation rapide de l'état fonctionnel. Ce phénomène est connu sous le nom de **syndrome post-chute**.

Évaluation après une chute

Face à une chute, il est important de poser les bonnes questions et de procéder à une évaluation systématique :

1. **Circonstances de la chute** : Où, quand, comment ?
2. **Perte de connaissance ?** : Syncopes, malaise, épilepsie
3. **Signes de blessure ?** : Douleur, déformation, saignement
4. **Temps passé au sol** : Facteur de risque d'hypothermie, de rhabdomyolyse
5. **État cognitif et émotionnel après la chute**

Des tests comme le *Timed Up and Go* (TUG), l'évaluation de la marche et de l'équilibre, ainsi que la révision de la médication sont essentiels dans l'approche gériatrique.

Prise en charge immédiate

Lorsqu'un aîné chute, la priorité est de :

- **Assurer la sécurité** : Écarter les risques immédiats (verre brisé, objets dangereux)

- **Évaluer l’état de conscience et les blessures** : S’assurer qu’il respire normalement, vérifier s’il y a des douleurs ou des déformations osseuses visibles
- **Ne pas relever la personne immédiatement** si elle se plaint de douleur sévère au dos, aux hanches ou à la tête. Dans ce cas, appeler le 911.
- **Si la personne est alerte et ne présente pas de douleur grave**, l’aider à se relever en douceur à l’aide d’un appui stable (chaise solide, coussin de relevage si disponible)

Il est essentiel de rester calme et de rassurer la personne. Une couverture peut être nécessaire si elle est restée longtemps au sol pour prévenir l’hypothermie.

Prévention des rechutes

La prévention repose sur une approche multidisciplinaire :

- **Aménagement sécuritaire du domicile** : éclairage adéquat, barres d’appui, tapis antidérapants
- **Évaluation médicale régulière** : correction des troubles visuels, auditifs, équilibre
- **Révision des médicaments**
- **Exercices physiques ciblés** : renforcement musculaire, Tai-chi, kinésithérapie

- **Utilisation d’aides techniques adaptées** (canne, déambulateur)

Des programmes communautaires de prévention des chutes ont démontré leur efficacité en réduisant la fréquence des rechutes et en améliorant la qualité de vie des personnes âgées.

12.2 CONFUSION SOUDAINE (DELIRIUM)

[Chapitre 8.3 et 7.1]

Définition

La confusion soudaine, aussi appelée **délirium**, est un état aigu de perturbation cognitive, caractérisé par une altération fluctuante de la conscience, de l'attention et des capacités mentales. Elle apparaît rapidement, souvent en quelques heures ou quelques jours, et peut être réversible si elle est prise en charge rapidement.

Signes à reconnaître

Les signes caractéristiques du délirium incluent :

- Changement rapide du comportement ou de l'état mental habituel
- Inattention marquée, difficulté à se concentrer
- Désorientation dans le temps, l'espace ou par rapport aux personnes
- Discours incohérent, propos absurdes
- Hallucinations visuelles ou auditives
- Alternance entre agitation et somnolence

- Anxiété, irritabilité ou apathie

Causes fréquentes

Le délirium chez les personnes âgées ou vulnérables peut être déclenché par de nombreux facteurs, dont :

- Infections (notamment urinaires ou pulmonaires)
- Troubles métaboliques (hypoglycémie, hyponatrémie, déshydratation)
- Médicaments (effets secondaires, surdosage, sevrage)
- Douleur intense ou mal soulagée
- Constipation sévère
- AVC ou traumatisme crânien
- Privation sensorielle (absence de lunettes, prothèses auditives)
- Environnement inconnu ou hospitalisation stressante

Premiers soins à prodiguer

1. **Assurer la sécurité** : Éloigner les objets dangereux, ne pas forcer la personne.
2. **Évaluer les fonctions vitales** : Respiration, fréquence cardiaque, tension artérielle, glycémie.

3. **Réduire les stimuli** : Placer la personne dans un environnement calme, bien éclairé et familier.
4. **Contacter les secours médicaux rapidement** : Toute confusion soudaine est une urgence.
5. **Ne pas administrer de calmants sans avis médical** : Risque d'aggravation ou de réaction paradoxale.
6. **Recueillir les informations utiles** : Médicaments en cours, antécédents médicaux, début des symptômes
6.

Prise en charge médicale

Le traitement repose sur :

- **La correction de la cause sous-jacente** (infection, déséquilibre électrolytique, etc.)
- **La réhydratation**, le rééquilibrage métabolique
- **L'administration d'antipsychotiques à faible dose**, si nécessaire
- **La contention physique** uniquement en dernier recours et sous surveillance médicale stricte

Prévention

Pour réduire les risques de délirium :

- Maintenir une **hydratation et une nutrition adéquates**
- Respecter le **rythme jour/nuit**
- Favoriser une **mobilisation douce et régulière**
- Veiller à la **bonne utilisation des aides sensorielles**
- **Rassurer la personne**, favoriser les repères et un lien avec ses habitudes

12.3 RISQUES SPÉCIFIQUES (POLYPHARMACIE, DÉSHYDRATATION RAPIDE)

[Page 127-128]

Définition

Avec l'âge, les aînés deviennent plus vulnérables à certaines complications médicales spécifiques, en raison de la fragilité physiologique, de la multiplicité des maladies chroniques, et d'un métabolisme moins efficace. Deux risques majeurs chez cette population sont la **polypharmacie** (prise de nombreux médicaments) et la **déshydratation rapide**, qui peuvent entraîner des effets graves voire mortels si non détectés à temps.

Polypharmacie

Description

La polypharmacie est définie comme la prise de **5 médicaments ou plus** en simultané. Elle est fréquente chez les aînés et augmente le risque :

- D'interactions médicamenteuses dangereuses
- D'effets secondaires indésirables (confusion, chutes, hypotension)

- D’observance réduite (erreurs de posologie, oublis)
- De complications aiguës (délirium, insuffisance rénale, hémorragies)

Médicaments à risque élevé :

- Benzodiazépines, somnifères
- Antipsychotiques
- Anticholinergiques
- Diurétiques
- Antihypertenseurs
- Hypoglycémiants

Recommandations :

- **Réviser régulièrement l’ordonnance** avec un professionnel de santé
- Privilégier la **monothérapie** quand possible
- Surveiller les effets secondaires et l’état mental
- Impliquer le pharmacien dans la gestion du pilulier

Déshydratation rapide

Causes fréquentes

Chez les personnes âgées, la sensation de soif est diminuée et la fonction rénale altérée, ce qui augmente les risques de déshydratation. Les facteurs aggravants incluent :

- Fièvre, infections
- Diarrhée, vomissements
- Prise de diurétiques
- Temps chaud, effort physique
- Trouble cognitif empêchant de demander à boire

Signes d’alerte

- Fatigue, faiblesse, étourdissement
- Bouche sèche, langue collante
- Urines foncées et peu abondantes
- Crampes, hypotension, pouls rapide
- Confusion ou agitation
- Perte de conscience

Premiers soins

1. **Faire boire par petites gorgées** d'eau, bouillon ou solution de réhydratation orale
2. Installer la personne dans un **endroit frais**
3. **Surveiller les signes vitaux** (respiration, conscience)
4. **Appeler les secours** si vomissements persistants, incapacité à boire, perte de conscience ou signes de choc

Prévention

- **Boire régulièrement**, même sans sensation de soif
- **Surveiller la couleur des urines**
- **Adapter les traitements diurétiques** lors de forte chaleur
- **Former les aidants** à reconnaître les signes précoces
- Utiliser un **planning d'hydratation quotidien**

CHAPITRE 13 - PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES

13.1 ATTAQUE DE PANIQUE

[172, 173, 174]

Définition

Une **attaque de panique** est une manifestation aiguë d'**anxiété intense**, survenant de manière soudaine, sans cause apparente ou disproportionnée par rapport à la situation réelle. Elle s'accompagne souvent de symptômes physiques impressionnants, parfois confondus avec une crise cardiaque, ce qui renforce la panique ressentie.

Symptômes typiques

- Palpitations, rythme cardiaque rapide
- Difficulté à respirer, sensation d'étouffement
- Oppression thoracique
- Vertiges, tête légère
- Bouffées de chaleur ou frissons
- Transpiration excessive
- Tremblements
- Sensation de dépersonnalisation ou de déréalisation
- Peur de perdre le contrôle, de devenir fou ou de mourir

Ces symptômes atteignent leur maximum en moins de 10 minutes et durent généralement moins de 30 minutes.

Conduite à tenir

Objectifs : rassurer, encadrer, stabiliser

1. **Établir un contact rassurant**
    - Parlez lentement, calmement, avec une voix posée.
    - Évitez les phrases du type « calme-toi » ou « ce n’est rien », qui peuvent être perçues comme invalidantes.
2. **Éloigner la personne de la foule ou de la source de stress**
    - Installez-la dans un endroit calme, avec une lumière douce si possible.
3. **Encourager une respiration contrôlée**
    - Faites respirer lentement et profondément : inspirer par le nez pendant 4 secondes, expirer par la bouche pendant 6 secondes.
    - Vous pouvez proposer de respirer dans un sac en papier (jamais en plastique) en cas d’hyperventilation.

4. **Rester présent et rassurant**
    - Restez auprès de la personne jusqu'à la disparition complète des symptômes.
    - Évitez les contacts physiques brusques, sauf si vous avez son consentement.

Quand appeler les secours

- Si c'est une **première crise** et que vous doutez du diagnostic.
- Si la personne **perd connaissance** ou **présente des signes physiques graves** (douleur thoracique persistante, faiblesse d'un côté, troubles de la parole).
- Si la crise **dure plus de 30 minutes** malgré l'intervention.

Prévention des récidives

- Encourager la personne à consulter un professionnel (médecin, psychologue).
- L'informer qu'une attaque de panique **n'est pas dangereuse en soi**, même si elle est impressionnante.
- Favoriser l'apprentissage de techniques de gestion du stress : respiration, relaxation, pleine conscience.

13.2 SOUTIEN AUX VICTIMES EN DÉTRESSE

[175, 176, 177, 178]

Le soutien aux victimes en détresse représente une dimension essentielle de la réponse médicale, psychologique et sociale face aux situations traumatisantes. Il peut s'agir de victimes de violence physique ou psychologique, de catastrophes naturelles, d'agressions sexuelles, de guerres, de déplacements forcés, ou encore de deuils complexes. Dans ces contextes, la détresse psychologique peut entraîner des troubles anxieux, dépressifs, ou post-traumatiques (PTSD), affectant durablement la santé mentale des personnes concernées.

Objectifs du soutien

Le soutien aux victimes vise principalement à :

- soulager la souffrance immédiate,
- prévenir les complications psychiatriques à long terme,
- restaurer le sentiment de sécurité,
- favoriser l’expression émotionnelle,
- rétablir un minimum de contrôle personnel.

Le soutien peut être formel (interventions professionnelles en santé mentale) ou informel (famille, amis, groupes de soutien).

Il doit être adapté à la culture, au genre, à l'âge et à l'histoire personnelle de la victime.

Interventions immédiates

Dans la phase aiguë suivant un événement traumatique, les **premiers secours psychologiques (PFA : Psychological First Aid)** sont recommandés. Ces interventions reposent sur l'écoute active, la présence rassurante, l'évaluation des besoins immédiats, l'information et la facilitation de l'accès aux ressources. Elles évitent les interventions intrusives et ne cherchent pas à forcer la verbalisation d'un événement encore trop douloureux.

Approches thérapeutiques

Lorsque la détresse perdure ou s'intensifie, une évaluation psychiatrique est nécessaire. Plusieurs modalités thérapeutiques sont alors indiquées :

- **Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**, notamment pour le trouble de stress post-traumatique ;
- **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**, qui a montré son efficacité dans la réduction des symptômes post-traumatiques ;
- **Thérapies de soutien** ou **psychothérapie psychodynamique**, selon le profil de la personne.

Les groupes de parole, les interventions communautaires, et les approches intégratives (incluant parfois la pleine conscience ou l'art-thérapie) peuvent également jouer un rôle important dans la reconstruction psychologique.

Le rôle des professionnels

Les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les intervenants d'urgence et les associations de soutien doivent être formés à reconnaître les signes de détresse psychologique et à intervenir avec bienveillance et compétence. Le respect, la confidentialité, l'absence de jugement et le soutien à l'autonomisation sont les piliers d'un accompagnement éthique.

Enjeux sociétaux

Le soutien aux victimes ne peut être dissocié d'un engagement collectif pour la justice, la réparation, la reconnaissance des souffrances et la prévention des violences. Il s'inscrit dans une dynamique de résilience individuelle et communautaire, et contribue à renforcer la cohésion sociale.

13.3 GARDER SON CALME ET RASSURER

[179, 180, 181, 182]

Dans les situations de crise ou de détresse aiguë, garder son calme et rassurer autrui est une compétence essentielle. Que l'on soit professionnel de santé, intervenant de première ligne, proche aidant, ou simple témoin d'un événement traumatisant, la capacité à maintenir son sang-froid et à transmettre un sentiment de sécurité peut profondément influencer la réaction de la personne en détresse.

Garder son calme : un ancrage pour soi et pour l'autre

Face à la panique, à l'incompréhension ou à l'effondrement psychologique d'une victime, l'attitude de celui qui intervient devient un point d'ancrage. Le calme n'est pas l'absence d'émotion, mais une régulation active de ses propres réactions internes. Il implique :

- une respiration lente et profonde,
- un ton de voix posé et stable,
- des gestes doux et mesurés,
- un regard attentif et bienveillant.

Se calmer soi-même, c'est d'abord reconnaître l'émotion qui nous traverse — peur, colère, impuissance — sans la laisser nous envahir. C'est aussi accepter de ne pas tout contrôler, et se concentrer sur l'instant présent.

> **"Ce n'est pas ce que vous dites en premier lieu qui compte, c'est la manière dont vous êtes là."**
> – IASC, 2007

Rassurer : créer une bulle de sécurité

Rassurer une personne en détresse, c'est lui offrir un espace psychologique où elle peut commencer à se déposer. Cela passe par des attitudes concrètes :

- **Présence calme et constante** : rester physiquement présent sans envahir.
- **Écoute active** : montrer que l'on entend sans juger, sans interrompre.
- **Messages simples et clairs** : éviter les explications longues ou techniques. Par exemple : « Vous êtes en sécurité maintenant. Je suis là avec vous. On va prendre ça une chose à la fois. »
- **Validation émotionnelle** : reconnaître ce que la personne ressent (« C'est normal de se sentir comme ça après ce que vous avez vécu. »).

- **Soutien à l'autonomie** : encourager doucement les choix et la reprise de contrôle (« Est-ce que vous voulez boire un peu d'eau ? Vous voulez que je vous appelle quelqu'un ? »).

La contagion émotionnelle et la régulation

Les émotions sont contagieuses. Dans un groupe, la panique peut se propager rapidement — mais le calme aussi. Une personne qui respire lentement, parle doucement et garde une posture stable peut influencer positivement l'ensemble d'un environnement stressé.

C'est pourquoi les professionnels du secours et de la santé mentale sont formés à la **régulation émotionnelle** : techniques de recentrage, visualisation, auto-compassion, pauses conscientes.

Rassurer sans mentir

Il est fondamental de ne pas faire de promesses irréalistes. Rassurer ne veut pas dire minimiser les faits ou nier la douleur. Il s'agit plutôt de **transmettre une sécurité émotionnelle**, un sentiment que quelqu'un veille, comprend et reste aux côtés de la personne, même dans l'inconnu.

> "Je ne sais pas encore exactement ce qui va se passer, mais je vais rester avec vous aussi longtemps que vous en avez besoin."

Quand le calme est impossible : que faire ?

Il arrive qu'on soit soi-même dépassé. Dans ces cas, il est essentiel de :

- **demander du relais** (si un collègue ou une autre personne peut prendre le relais),
- **s'éloigner quelques minutes** pour se recentrer,
- **ne pas culpabiliser** : l'émotion fait partie de l'humain, et même les professionnels expérimentés peuvent être touchés.

Ce qui compte, c'est de revenir au contact dès qu'on se sent de nouveau disponible et d'assumer ses limites avec humilité.

CHAPITRE 14 - CATASTROPHES ET SITUATIONS COLLECTIVES

14.1 SÉISME, INCENDIE, ACCIDENT DE VOITURE

[183, 184, 185, 186]

Les catastrophes naturelles et les accidents majeurs provoquent une désorganisation soudaine du quotidien, accompagnée d'un stress intense, de blessures, et d'un besoin immédiat de coordination et d'aide. Chaque situation a ses spécificités, mais des principes communs de gestion de la détresse, de premiers gestes de secours, et de communication rassurante doivent être appliqués.

Séisme

En cas de tremblement de terre :

- **Se protéger immédiatement** : s'abriter sous une table solide, s'éloigner des fenêtres et des objets suspendus.
- **Rester calme et immobile** jusqu'à la fin des secousses.
- **Après les secousses**, évacuer si les conditions le permettent et aider les personnes blessées ou paniquées.
- **Repérer les dangers secondaires** : fuite de gaz, incendie, effondrement partiel.
- **Ne pas saturer les lignes téléphoniques**, mais utiliser les SMS ou les réseaux sociaux pour informer sobrement.

Le soutien émotionnel est crucial dans les heures qui suivent. De nombreux survivants développent un état de stress aigu, avec confusion, pleurs, paralysie temporaire ou agitation. Le simple fait d'être présent, de parler calmement et d'aider à retrouver des proches est déjà une forme d'intervention thérapeutique.

Incendie

Lors d'un incendie :

- **L'alerte doit être donnée immédiatement** (alerte incendie, appel au 112 ou 18).
- **Évacuer sans paniquer**, en rampant sous la fumée et en fermant les portes derrière soi.
- **Ne jamais reprendre l'ascenseur**.
- **Si quelqu'un est blessé ou coincé**, appeler les secours et donner des indications précises.

Après un incendie, des personnes peuvent souffrir de brûlures, d'intoxication à la fumée, ou de panique sévère. Les gestes de premiers secours doivent être associés à un **accompagnement verbal doux**, une **couverture thermique**, et un **contact humain rassurant**.

Accident de voiture

Dans un accident de la route :

- **Assurer sa propre sécurité** d'abord : gilet jaune, triangle de signalisation, appel des secours.
- **Évaluer l'état des blessés sans les déplacer**, sauf en cas de danger immédiat (incendie, explosion imminente).
- **Parler aux victimes conscientes** : leur dire qu'elles ne sont pas seules, qu'on s'occupe d'elles.
- **Ne pas retirer les casques ou déplacer les membres fracturés.**

Après l'accident, les victimes peuvent être désorientées, dissociées ou en état de choc. Le rôle de l'aidant est de rester à leurs côtés, de tenir la main si cela est souhaité, et de garder un lien verbal constant.

14.2 ORGANISATION DES PREMIERS GESTES À PLUSIEURS

[183, 184, 185, 186]

Face à une situation d'urgence impliquant plusieurs intervenants ou témoins, l'efficacité repose sur **la coordination rapide et l'attribution claire des rôles**. Même sans formation spécifique, il est possible de s'organiser de façon efficace et solidaire.

Priorité : sécurité et communication

Avant toute action :

1. **Sécuriser les lieux** (éviter un suraccident, identifier les risques),
2. **Désigner un coordinateur naturel** (souvent celui qui reste calme et prend des initiatives simples),
3. **Se répartir les tâches** : un pour l'appel aux secours, un pour les gestes de secours, un pour calmer les personnes paniquées, un pour orienter les secours à leur arrivée.

Répartition intuitive des rôles

- **Personne 1** : Appelle les secours (112 ou 911), donne l'adresse, le nombre de blessés, le type d'accident.

- **Personne 2** : Pratique les gestes de premiers secours s'il/elle est formé(e).
- **Personne 3** : Rassure les victimes conscientes, vérifie leur état (conscience, respiration, douleur).
- **Personne 4** : S'occupe des témoins choqués, tient à l'écart les curieux.
- **Personne 5** (si présente) : Oriente les secours dès leur arrivée.

Coordination sans hiérarchie rigide

Il n'est pas nécessaire d'avoir une autorité officielle. L'important est :

- d'**éviter les doubles actions inutiles** (ex. : deux personnes qui appellent les secours en même temps),
- de **se transmettre les infos de façon claire** (« J'ai appelé les pompiers à 18h03, ils arrivent »),
- de **signaler si l'on quitte la scène** (pour éviter qu'on vous cherche inutilement).

Cas particuliers : présence d'enfants ou de personnes âgées

Un intervenant dédié devrait se charger de **rassurer et distraire les enfants**, ou de veiller sur les personnes âgées en

état de confusion ou d'agitation. Ces publics vulnérables nécessitent une attention émotionnelle encore plus marquée.

Chapitre 15 - Annexes pratiques

15.1 FICHES D'URGENCE À IMPRIMER (RCR, NUMÉROS UTILES, LISTE MÉDICAMENTS)

En situation d'urgence, chaque seconde compte. L'accès immédiat à des informations claires, lisibles et facilement accessibles peut sauver des vies. C'est pourquoi il est essentiel de disposer de **fiches d'urgence imprimées**, placées dans des lieux stratégiques (entrée de la maison, cuisine, voiture, sac de randonnée, école, entreprise, etc.).

Ce chapitre propose un guide pour créer ou utiliser trois types de fiches essentielles :

1. **RCR (Réanimation Cardio-Respiratoire)**,
2. **Numéros utiles**,
3. **Liste personnelle de médicaments et d'allergies.**

---

1. FICHE RCR – RÉANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

La fiche RCR doit rappeler de manière concise la chaîne de survie et les gestes de base à effectuer devant un arrêt cardiaque.

Contenu recommandé :

- **Appeler immédiatement le 112 ou le 911.**
- **Vérifier la conscience et la respiration.**
- **Si la personne ne respire pas ou respire anormalement : débuter la RCR.**
- **30 compressions thoraciques** (profondeur de 5-6 cm, rythme 100-120/min) + **2 insufflations** si formé à la ventilation.
- **Utiliser un DAE (défibrillateur automatique externe)** dès que disponible. Suivre les instructions vocales.

Astuce pratique : Utiliser un QR code menant à une vidéo explicative ou à un tutoriel validé (ex. Croix-Rouge, ministère de la santé).

---

2. FICHE – NUMÉROS UTILES EN CAS D'URGENCE

Cette fiche doit être bien en vue et à jour, notamment pour les enfants, les personnes âgées, ou en cas de perte de repères lors d'une situation de crise.

Exemple de contenu :

Service	Numéro
Urgences (ambulance, pompiers, police)	112 (UE) ou 911 (Canada/USA)
Centre antipoison	[Insérer numéro local]
Médecin de famille	[Nom – Tél]
Hôpital le plus proche	[Nom – Adresse – Tél]
Contact familial d'urgence	[Nom – Relation – Tél]
Voisin de confiance	[Nom – Tél]
Pharmacien	[Nom – Tél]

---

3. FICHE – LISTE DES MÉDICAMENTS ET ALLERGIES

Cette fiche personnelle ou familiale est cruciale pour les secouristes ou les soignants en cas d'inconscience ou de confusion. Elle doit être **mise à jour régulièrement**.

À inclure :

- **Nom et prénom de la personne**
- **Groupe sanguin** (si connu)
- **Affections médicales connues** (ex. : diabète, épilepsie, asthme)
- **Liste des médicaments quotidiens** (nom, dosage, heure)

- **Allergies connues** (ex. : pénicilline, arachides, latex)
- **Antécédents médicaux majeurs**
- **Nom et téléphone du médecin traitant**

Astuce sécurité : Glisser cette fiche plastifiée dans son portefeuille ou apposer une copie sur le frigo.

POUR ALLER PLUS LOIN : CONSEILS D'IMPRESSION

- Utiliser un **papier épais ou plastifier** les fiches pour résister à l'humidité.
- Prévoir des **versions en grand format** pour les lieux publics ou entreprises.
- Mettre à jour les informations **au moins tous les 6 mois.**
- Prévoir une **version bilingue** si nécessaire (ex. : français/anglais dans les zones touristiques).

15.2 LIENS DE FORMATION (CROIX-ROUGE, PREMIERS SOINS CERTIFIÉS)

Acquérir les bons réflexes et apprendre à réagir en situation d'urgence ne s'improvise pas. Une **formation certifiée en premiers secours** permet non seulement de sauver des vies, mais aussi de gagner en confiance et en capacité d'agir. Ce chapitre rassemble les principales ressources de formation proposées par des organismes reconnus, dans plusieurs pays francophones.

1. CROIX-ROUGE ET ORGANISMES DE FORMATION EN PREMIERS SECOURS

CANADA

- **Croix-Rouge canadienne**
    - Site : www.croixrouge.ca
    - Formations : Premiers soins d'urgence, RCR, DEA, soins pour nourrissons et enfants.
    - Téléphone : 1-877-356-3226
    - Certification : Reconnue par Santé Canada et plusieurs provinces.
- **Société de sauvetage du Québec**
    - Site : www.sauvetage.qc.ca

- Téléphone : 514-252-3100

FRANCE

- **Croix-Rouge française**
  - Site : www.croix-rouge.fr
  - Formations : PSC1 (Prévention et secours civiques de niveau 1), gestes qui sauvent.
  - Téléphone : 09 70 82 05 05 (appel non surtaxé)
  - Localisation des centres : via le site, selon votre département.
- **Protection Civile**
  - Site : www.protection-civile.org
  - Formation continue, initiations, évènements citoyens.
- **Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme (FFSS)**
  - Site : www.ffss.fr
  - Formations diplômantes en sauvetage, premiers secours et sécurité civile.

SUISSE

- **Croix-Rouge suisse**

- Site : www.redcross.ch
- Formations : premiers secours, soins à domicile, soins aux personnes âgées.
- Téléphone : 058 400 41 11
- Certification : reconnue au niveau national.

- **Samaritains Suisse**
  - Site : www.samaritains.ch
  - Téléphone : 031 978 80 80
  - Réseau actif de formations dans les cantons.

BELGIQUE

- **Croix-Rouge de Belgique**
  - Site : www.croix-rouge.be
  - Formations : premiers secours, RCR, secourisme d'entreprise, interventions en milieu scolaire.
  - Téléphone : 105 (numéro général d'urgence Croix-Rouge)
- **Secourisme.be**
  - Site : www.secourisme.be
  - Réseau de formateurs agréés dans toute la Belgique.

2. POUR ALLER PLUS LOIN : RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

- **MOOC – Gestes qui sauvent** : certains sites proposent des formations en ligne gratuites ou payantes, à compléter par une session pratique. Ex. : FUN-MOOC (France Université Numérique), Red Cross Learning Platform (Canada).
- **Applications mobiles utiles** :
    - **Croix-Rouge (FR, CH, BE, CA)** : tutoriels interactifs de premiers soins.
    - **Staying Alive** : géolocalisation de DAE et guides de RCR.
    - **112 BE / 114 France / 911 CA** : appels d'urgence intégrés.
- **Certifications valables pour les professionnels et citoyens** :
    - PSC1 (France), Emergency First Aid (Canada), BLS-AED (Suisse), Certificat de secourisme de base (Belgique).

Pourquoi se former ?

- Réduire le taux de mortalité en cas d'arrêt cardiaque ou d'accident.

- Apporter un soutien concret à un proche ou un inconnu en détresse.
- Renforcer sa posture citoyenne et solidaire.

À noter : La plupart de ces formations sont accessibles dès l'âge de 10-12 ans, et sont souvent proposées gratuitement ou à tarif réduit pour les étudiants, demandeurs d'emploi, ou dans le cadre scolaire.

GLOSSAIRE DES TERMES

A

Accident de la route : Événement imprévu impliquant un ou plusieurs véhicules, pouvant entraîner des blessures physiques, du stress émotionnel et des décès.

Allergie : Réaction anormale du système immunitaire à une substance étrangère (médicament, aliment, piqûre, etc.).

Anxiété : État émotionnel caractérisé par une peur ou une inquiétude excessive, souvent présente chez les victimes en détresse.

C

Choc : État critique dans lequel les organes ne reçoivent plus assez d'oxygène, pouvant être dû à une hémorragie, une infection, un traumatisme ou une détresse psychologique.

Coordination : Organisation structurée entre plusieurs personnes pour agir de façon efficace en situation d'urgence.

Compresssions thoraciques : Pressions manuelles exercées sur la poitrine pour relancer la circulation sanguine chez une personne en arrêt cardiaque.

D

DAE (Défibrillateur Automatisé Externe) : Appareil qui analyse le rythme cardiaque et délivre un choc électrique si nécessaire. Facilement utilisable par un témoin non médical.

Détresse psychologique : État de souffrance mentale ou émotionnelle intense, qui peut inclure la panique, la dissociation, la sidération ou la crise de larmes.

E

Évacuation : Action de quitter un lieu menacé ou dangereux (incendie, séisme, attentat…), de manière organisée et sécurisée.

État de choc psychologique : Réaction intense et soudaine à un événement traumatisant, accompagnée de confusion, d’apathie ou d’hyperréactivité.

F

Fiche d’urgence : Document regroupant des informations vitales à avoir sous la main en cas d’urgence (numéros de téléphone, traitements, gestes de premiers secours…).

G

Groupe sanguin : Classification du sang selon les antigènes présents sur les globules rouges. Important en cas de transfusion.

H

Hémorragie : Perte importante de sang pouvant mettre en danger la vie si elle n’est pas stoppée rapidement.

I

Incendie : Feu non contrôlé, souvent associé à un danger immédiat, à l’inhalation de fumées toxiques, et à la nécessité d’une évacuation urgente.

Intoxication : Ingestion ou inhalation de substances toxiques pouvant altérer la santé.

L

Liste de médicaments : Inventaire des traitements pris par une personne, utile pour les soignants ou les services d’urgence.

M

Mise en sécurité : Ensemble des actions visant à protéger les personnes d’un danger imminent.

N

Numéros d’urgence : Contacts téléphoniques prioritaires pour demander une aide immédiate (ambulance, pompiers, police, centre antipoison…).

P

Premiers secours : Ensemble de gestes simples permettant d’assister une personne blessée ou en détresse avant l’arrivée des secours professionnels.

Panic attack (crise de panique) : Accès soudain de peur intense, accompagné de symptômes physiques (palpitations, souffle court, vertiges…).

R

Réanimation cardio-respiratoire (RCR) : Technique de premiers secours visant à rétablir la circulation et la respiration chez une personne inconsciente.

Respiration anormale : Signes de détresse respiratoire comme une respiration irrégulière, lente ou absente.

Rassurer : Action de calmer verbalement une personne en détresse en utilisant un ton posé, des gestes bienveillants et un regard rassurant.

S

Secours : Ensemble des moyens humains ou matériels mobilisés pour venir en aide aux personnes en danger.

Séisme : Tremblement de terre provoquant des destructions matérielles et des blessures humaines, souvent suivi d'une panique collective.

Sidération : Blocage temporaire physique et émotionnel d'une personne confrontée à un traumatisme brutal.

T

Traumatisme *: Lésion physique ou choc psychologique causé par un événement violent ou brutal.*

RÉFÉRENCES

1. **Croix-Rouge française.** ***Le rôle du citoyen secouriste*****.** **https://www.croix-rouge.fr**
2. **Société canadienne de la Croix-Rouge.** ***Formations en premiers soins*****.** **https://www.croixrouge.ca**
3. **European Resuscitation Council (ERC).** ***Basic Life Support Guidelines 2021*****.** **https://www.erc.edu**
4. **Mayo Clinic.** ***First Aid Basics*****.** **https://www.mayoclinic.org**
5. **Gouvernement du Québec.** ***Composer le 911 : comment bien appeler les secours*****.** **https://www.quebec.ca**
6. **Urgences-santé Montréal.** ***Fiche pratique sur les appels d'urgence*****.** **https://www.urgences-sante.qc.ca**
7. **Service d'information sur les urgences 112 Europe.** ***Le numéro d'urgence 112 : explications et conseils*****.** **https://ec.europa.eu**
8. **Government of Canada.** ***Emergency preparedness guide*****.** **https://www.getprepared.gc.ca**

9. **Santé Canada.** ***Trousse de premiers soins pour la maison*****. https://www.canada.ca**

10. **Croix-Rouge canadienne.** ***Liste de contenu pour une trousse de premiers soins familiale*****.** **https://www.croixrouge.ca**

11. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** ***Prepare an emergency kit.*** **https://www.cdc.gov**

12. **American Red Cross.** ***First Aid Kit Checklist.*** **https://www.redcross.org**

13. **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.** ***Arrêt cardiaque et RCR*****. https://www.coeuretavc.ca**

14. **European Resuscitation Council (ERC).** ***Guidelines for Resuscitation 2021*****. https://www.erc.edu**

15. **American Heart Association (AHA).** ***CPR & First Aid Training*****. https://www.heart.org**

16. **Gouvernement du Canada.** ***Premiers soins d'urgence*****. https://www.canada.ca**

17. **Société canadienne de pédiatrie.** ***Prévenir l'étouffement chez les enfants*****. https://www.cps.ca**

18. **American Red Cross.** ***Choking First Aid*****.** **https://www.redcross.org**

19. **Mayo Clinic.** ***Choking: First aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

20. **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.** ***Réagir à l'étouffement.*** **https://www.coeuretavc.ca**

21. **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.** ***Détresse respiratoire et arrêt respiratoire*****.** **https://www.coeuretavc.ca**

22. **Canadian Red Cross.** ***CPR and Respiratory Emergency Response*****.** **https://www.redcross.ca**

23. **American Heart Association.** ***Basic Life Support Guidelines 2021*****.** **https://www.heart.org**

24. **Mayo Clinic.** ***Respiratory arrest: First aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

25. **Croix-Rouge française.** ***La position latérale de sécurité*****.** **https://www.croix-rouge.fr**

26. **Urgences-santé Montréal.** ***Manuel de premiers secours*****. https://www.urgences-sante.qc.ca**

27. **British Red Cross.** ***Putting someone in the recovery position*****.** **https://www.redcross.org.uk**

28. **Mayo Clinic.** ***First aid: Recovery position*****.** **https://www.mayoclinic.org**

29. **Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).** ***Soins de premiers secours pour fractures et entorses*****. https://www.inspq.qc.ca**

30. **Croix-Rouge canadienne.** ***Traumatismes musculo-squelettiques – premiers soins*****.** **https://www.croixrouge.ca**

31. **Mayo Clinic.** ***Fracture, Sprain, Dislocation: First Aid Guide*****.** **https://www.mayoclinic.org**

32. **Gouvernement du Canada.** ***Guide des premiers soins à domicile*****.** **https://www.canada.ca**

33. **Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).** ***Traumatisme crânien léger – Guide de surveillance*****. https://www.inesss.qc.ca**

34. **Société canadienne de pédiatrie.** ***Coup à la tête chez les enfants : que faire?*** **https://www.cps.ca**

35. **Mayo Clinic.** ***Head injury: First aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

36. **Croix-Rouge canadienne.** ***Premiers soins – blessure à la tête, au cou ou à la colonne vertébrale*****.** **https://www.croixrouge.ca**

37. **Croix-Rouge canadienne.** ***Saignements et plaies ouvertes – premiers soins*****.** **https://www.croixrouge.ca**

38. **Mayo Clinic.** ***Severe bleeding: First aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

39. **Urgences-santé Montréal.** ***Contrôle des hémorragies externes – Guide de premiers secours*****.** **https://www.urgences-sante.qc.ca**

40. **Gouvernement du Québec.** ***Prévention et soins des blessures ouvertes*****.** **https://www.quebec.ca**

41. **Santé Canada.** ***Plaies et coupures – premiers soins*****.** **https://www.canada.ca**

42. **Mayo Clinic.** ***Cuts and puncture wounds: First aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

43. **Croix-Rouge française.** ***Soins des plaies simples*****.** **https://www.croix-rouge.fr**

44. **Société canadienne de pédiatrie.** ***Morsures et griffures : comment réagir*****.** **https://www.cps.ca**

45. **Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).** ***Soins des brûlures – Guide pratique*****.** **https://www.inspq.qc.ca**

46. **Mayo Clinic.** ***Burns: First aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

47. **Gouvernement du Canada.** ***Brûlures et produits chimiques domestiques*****.** **https://www.canada.ca**

48. **American Burn Association.** ***Burn Injury Fact Sheet.*** **https://www.ameriburn.org**

49. **Société canadienne des brûlés.** ***Classification et traitement des brûlures*****. https://www.burnfund.org**

50. **Croix-Rouge canadienne.** ***Types de brûlures et premiers soins*****. https://www.croixrouge.ca**

51. **Mayo Clinic.** ***Burn degrees and symptoms*****. https://www.mayoclinic.org**

52. **Government of Canada.** ***Burn injuries and safety tips*****. https://www.canada.ca**

53. **Croix-Rouge canadienne.** ***Premiers soins en cas de brûlure*****. https://www.croixrouge.ca**

54. **Mayo Clinic.** ***Burn first aid steps*****. https://www.mayoclinic.org**

55. **Government of Canada.** ***Que faire en cas de brûlure*****. https://www.canada.ca**

56. **American Burn Association.** ***Initial burn care guidelines*****. https://www.ameriburn.org**

57. **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.** ***Reconnaître et réagir à une crise cardiaque*****. https://www.coeuretavc.ca**

58. **American Heart Association.** ***Heart Attack Symptoms and First Aid*****.** **https://www.heart.org**

59. **Mayo Clinic.** ***Heart Attack: First aid and emergency steps*****.** **https://www.mayoclinic.org**

60. **Gouvernement du Canada.** ***Signes d'une crise cardiaque*****.** **https://www.canada.ca**

61. **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.** ***Signes de l'AVC : VITE*****.** **https://www.coeuretavc.ca**

62. **American Stroke Association.** ***Stroke Warning Signs & What To Do*****.** **https://www.stroke.org**

63. **Mayo Clinic.** ***Stroke: First aid and urgent action*****.** **https://www.mayoclinic.org**

64. **Gouvernement du Québec.** ***Prévention et réaction rapide à l'AVC*****.** **https://www.quebec.ca**

65. **Hypertension Canada.** ***Urgence hypertensive : reconnaître et agir*****.** **https://www.hypertension.ca**

66. **Mayo Clinic.** ***Low blood pressure (hypotension) and first aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

67. **American Heart Association.** ***Understanding blood pressure emergencies*****.** **https://www.heart.org**

68. **Gouvernement du Canada.** ***Troubles de la pression artérielle – prévention et urgence*****.** **https://www.canada.ca**

69. **Association pulmonaire du Canada.** ***Reconnaître une crise d'asthme sévère*****.** **https://www.poumon.ca**

70. **Société canadienne de thoracologie.** ***Directives de prise en charge de l'asthme aigu*****.** **https://cts-sct.ca**

71. **Mayo Clinic.** ***Asthma attack: First aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

72. **Gouvernement du Québec.** ***Gestion des urgences d'asthme à domicile et à l'école*****.** **https://www.quebec.ca**

73. **Thrombose Canada.** ***Embolie pulmonaire – Reconnaître et agir*****.** **https://www.thrombosecanada.ca**

74. **Société canadienne de thoracologie.** ***Directives de prise en charge de l'embolie pulmonaire*****.** **https://cts-sct.ca**

75. **Mayo Clinic.** ***Pulmonary embolism: Symptoms and first aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

76. **Gouvernement du Canada.** ***Prévenir la thrombose et ses complications*****.** **https://www.canada.ca**

77. **Société canadienne de cardiologie.** ***Œdème pulmonaire aigu – Urgence cardiaque*****.** **https://www.ccs.ca**

78. **Mayo Clinic.** ***Pulmonary edema: Symptoms and first aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

79. **Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.** ***Insuffisance cardiaque et complications aiguës*****.** **https://www.coeuretavc.ca**

80. **Gouvernement du Québec.** ***Prise en charge des détresses respiratoires aiguës*****.** **https://www.quebec.ca**

81. **Société canadienne de thoracologie.** ***Guide de prise en charge des détresses respiratoires*****.** **https://cts-sct.ca**

82. **Mayo Clinic.** ***Respiratory failure: Symptoms and first aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

83. **Gouvernement du Canada.** ***Insuffisance respiratoire aiguë – Recommandations cliniques*****.** **https://www.canada.ca**

84. **Fondation du poumon du Québec.** ***Comprendre les urgences respiratoires aiguës*****.** **https://www.poumonquebec.ca**

85. **Diabète Québec.** ***Reconnaître et agir face aux urgences diabétiques*****.** **https://www.diabete.qc.ca**

86. **Mayo Clinic.** ***Hypoglycemia and hyperglycemia emergency care*****.** **https://www.mayoclinic.org**

87. **Association canadienne du diabète.** ***Comas diabétiques et urgences métaboliques*****.** **https://www.diabetes.ca**

88. **Gouvernement du Canada.** ***Soins d'urgence pour diabétiques*****.** **https://www.canada.ca**

89. **Santé Canada.** ***Coup de chaleur et déshydratation – Prévention et urgence*****.** **https://www.canada.ca**

90. **Institut national de santé publique du Québec.** ***Effets de la chaleur extrême sur la santé*****.** **https://www.inspq.qc.ca**

91. **Mayo Clinic.** ***Heatstroke and dehydration: First aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

92. **Croix-Rouge canadienne.** ***Soins d'urgence en cas de coup de chaleur*****.** **https://www.croixrouge.ca**

93. **Gouvernement du Canada.** ***Prévention et prise en charge de l'hypothermie*****.** **https://www.canada.ca**

94. **Mayo Clinic.** ***Hypothermia: Symptoms and First Aid*****.** **https://www.mayoclinic.org**

95. **Croix-Rouge canadienne.** ***Soins d'urgence en cas d'hypothermie*****.** **https://www.croixrouge.ca**

96. **Institut national de santé publique du Québec.** ***Effets du froid extrême*****. https://www.inspq.qc.ca**

97. **Gouvernement du Québec.** ***Soins en cas de fièvre sévère chez l'adulte et l'enfant.*** **https://www.quebec.ca**

98. **Mayo Clinic.** ***High fever and hyperthermia: First aid steps*****. https://www.mayoclinic.org**

99. **Canadian Anesthesiologists' Society.** ***Malignant Hyperthermia Guidelines*****. https://www.cas.ca**

100. **Société canadienne de pédiatrie.** ***Gestion de la fièvre chez l'enfant.*** **https://www.cps.ca**

101. **Épilepsie Canada.** ***Premiers soins en cas de crise convulsive*****. https://www.epilepsymatters.com**

102. **Mayo Clinic.** ***Seizures: First aid and emergency actions*****. https://www.mayoclinic.org**

103. **Société canadienne de pédiatrie.** ***Crises fébriles chez l'enfant : conseils aux parents*****. https://www.cps.ca**

104. **Gouvernement du Québec.** ***Que faire en cas de convulsion*****. https://www.quebec.ca**

105. **Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS.** ***Delirium in elderly people.*** **The Lancet. 2014;383(9920):911-922. doi:10.1016/S0140-6736(13)60688-1**

106.**American Psychiatric Association.** ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*****. 5e édition, texte révisé. 2022.**

107.**Haute Autorité de Santé (HAS).** ***État confusionnel aigu (délire) chez la personne âgée : repérage et prise en charge*****. Recommandations de bonne pratique. 2021.**

108.**Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al.** ***Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit.*** **Crit Care Med. 2013;41(1):263-306. doi:10.1097/CCM.0b013e3182783b72**

109.**Collège des enseignants de gériatrie.** ***Référentiel des pathologies gériatriques.*** **Édition 2022.**

110.**Girard TD, Pandharipande PP, Ely EW.** ***Delirium in the intensive care unit.*** **Crit Care. 2008;12 Suppl 3(Suppl 3):S3. doi:10.1186/cc6149**

111.**AGS Beers Criteria® Update Expert Panel.** ***American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.*** **J Am Geriatr Soc. 2019;67(4):674-694.**

112.**Lieberman P, Nicklas RA, Randolph C, et al.** ***Anaphylaxis: diagnosis and management.*** **J Allergy Clin Immunol. 2015;115(3):S483-S523.**

113.**Simons FE, Ardusso LRF, Bilò MB, et al.** ***World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2020 Update of the Evidence Base.*** **World Allergy Organ J. 2020;13(10):100472.**

114.**Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al.** ***Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network Symposium.*** **J Allergy Clin Immunol. 2006;117(2):391–397.**

115.**Canadian Paediatric Society.** ***Emergency treatment of anaphylaxis in children.*** **Paediatr Child Health. 2021;26(4):215–220.**

116.**Société Française d'Allergologie (SFA).** ***Anaphylaxie : recommandations de prise en charge en urgence.*** **2022.**

117.**Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** ***Bites and Stings: Insects, Arachnids, and Animals.*** **2023.**

118.**Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF).** ***Recommandations sur les morsures animales.*** **2020.**

119.**Goldstein EJC.** ***Bite wounds and infection.*** **Clin Infect Dis. 1992;14(3):633–640.**

120.**Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro ED, et al.** ***The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis.*** **Clin Infect Dis. 2006;43(9):1089-1134.**

121.**World Health Organization (WHO).** ***Rabies vaccines: WHO position paper – April 2018.*** **Wkly Epidemiol Rec. 2018;93(16):201–220.**

122.**Roujeau JC, Stern RS.** ***Severe adverse cutaneous reactions to drugs.*** **N Engl J Med. 1994;331(19):1272–1285.**

123.**Creamer D, Walsh SA, Dziewulski P, et al.** ***UK guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults 2016.*** **Br J Dermatol. 2016;174(6):1194–1227.**

124.**Kardaun SH, Sidoroff A, Valeyrie-Allanore L, et al.** ***Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: does a DRESS syndrome really exist?*** **Br J Dermatol. 2007;156(3):609–611.**

125.**Mockenhaupt M.** ***The current understanding of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis.*** **Expert Rev Clin Immunol. 2011;7(6):803–813.**

126.**Gérard L, Landron C, Joly P.** ***Prise en charge des toxidermies graves : recommandations françaises 2020.*** **Ann Dermatol Venereol. 2020;147(5):364–374.**

127.**Afssaps.** ***Guide de prise en charge des intoxications aiguës aux médicaments*** **– 2010.**

128.**Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES).** ***Rapport sur les accidents domestiques liés aux produits ménagers*** **– 2022.**

129.**INSPQ.** ***Fiche toxicologique – produits de consommation courante*****. Québec, 2021.**

130.**American Association of Poison Control Centers.** ***Annual report of the National Poison Data System*** **– 2020.**

131.**Wiegand TJ, Wax PM.** ***Management of Drug Toxicity and Poisoning*****. N Engl J Med. 2019;381(7):669–679.**

132.**Santé Canada.** ***Surveillance des drogues et nouvelles substances*** **– 2023.**

133.**WHO.** ***Guidelines for the management of poisoning due to commonly used chemicals*** **– 2021.**

134.**ANSES.** ***Champignons : attention aux intoxications*** **– 2023.**

135.**Centre antipoison de Paris.** ***Guide d'identification et de prise en charge des intoxications par champignons*** **– 2022.**

136.**Santé publique France.** ***Bulletin épidémiologique sur les toxi-infections alimentaires collectives*** **– 2022.**

137.**WHO.** ***Foodborne disease outbreaks: Guidelines for investigation and control*** **– 2021.**

138.**INSPQ.** ***Prévention des intoxications alimentaires au Québec*** **– 2020.**

139.**CDC.** ***Mushroom poisoning – symptoms and treatment*** **– 2023.**

140.**EMA.** ***Botulinum toxin – risk in improperly canned food*** **– 2022.**

141.**CAPQ – Centre antipoison du Québec.** ***Conduite à tenir en cas d'intoxication*** **– 2023.**

142.**ANSES.** ***Réagir en cas d'intoxication domestique*** **– 2022.**

143. **American Red Cross.** ***First Aid Guidelines: Poisoning Emergencies*** **– 2021.**

144. **WHO.** ***Poisoning: prevention and first aid*** **– 2020.**

145. **Mayo Clinic.** ***Poisoning first aid guide*** **– 2023.**

146. **Santé publique France.** ***Conduite à tenir face aux intoxications accidentelles*** **– 2022.**

147. **Canadian Red Cross.** ***First Aid Manual*** **– dernière édition.**

148. **Société canadienne de pédiatrie.** ***États d'urgence pédiatriques – prévention de l'étouffement*** **– 2022.**

149. **American Heart Association.** ***Pediatric Basic Life Support Guidelines*** **– 2020.**

150. **Croix-Rouge canadienne.** ***Manuel de secourisme – Urgences pédiatriques*** **– dernière édition.**

151. **Santé publique France.** ***Prévention des accidents domestiques chez l'enfant*** **– 2023.**

152. **Mayo Clinic.** ***Choking first aid for children and infants*** **– 2022.**

153. **Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC).** ***Choking Prevention in Young Children*** **– 2021.**

154.**Société canadienne de pédiatrie.** ***La fièvre chez l'enfant – guide pour les parents*** **– 2023.**

155.**CHU Sainte-Justine.** ***Fièvre et convulsions fébriles chez l'enfant*** **– 2022.**

156.**Santé publique France.** ***Conseils face à la fièvre chez l'enfant*** **– 2022.**

157.**American Academy of Pediatrics.** ***Fever in Children: When to Call the Doctor*** **– 2021.**

158.**Mayo Clinic.** ***High fever in children: first aid and care*** **– 2023.**

159.**Canadian Red Cross.** ***Secourisme pédiatrique – Manuel officiel*** **– édition la plus récente.**

160.**Société canadienne de pédiatrie.** ***Convulsions fébriles chez les enfants*** **– 2023.**

161.**CHU Sainte-Justine.** ***Urgences neurologiques pédiatriques – convulsions fébriles*** **– 2022.**

162.**American Academy of Pediatrics.** ***Febrile Seizures: What Every Parent Should Know*** **– 2021.**

163.**Mayo Clinic.** ***Febrile seizures in children – first aid and prevention*** **– 2023.**

164.**Santé publique France.** ***Éducation à la santé chez les jeunes enfants – fièvre et convulsions*** **– 2022.**

165. **Canadian Red Cross. *Manuel de secourisme pédiatrique* – édition actuelle.**

166. **Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*, 35(suppl_2), ii37–ii41. https://doi.org/10.1093/ageing/afl084**

167. **Tinetti, M. E., & Kumar, C. (2010). The patient who falls: "It's always a trade-off". *JAMA*, 303(3), 258–266. https://doi.org/10.1001/jama.2009.2024**

168. **Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. (2011). Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148–157.**

169. **World Health Organization. (2021). Falls. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls**

170. **Lafont, C., Gérard, S., Voisin, T., et al. (2011). Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15(8), 645–660.**

171. **Lord, S. R., Sherrington, C., Menz, H. B., & Close, J. C. T. (2007).** ***Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention*****. Cambridge University Press.**

172. **Manuel MSD de Médecine Clinique – rubrique « Trouble panique »**

173. **American Psychological Association (APA) – Guides sur les troubles anxieux**

174. **Centre de prévention du suicide et de l'anxiété du Québec – Documentation publique sur la gestion des crises d'angoisse**

175. **World Health Organization. (2011).** ***Psychological first aid: Guide for field workers*****. Geneva: WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205**

176. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018).** ***Post-traumatic stress disorder: Evidence-based recommendations*****. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116**

177. **American Psychological Association. (2020).** ***Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD*****. https://www.apa.org/ptsd-guideline**

178. **Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007).** ***IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial***

***Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC. https://interagencystandingcommittee.org**

179. **Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. https://interagencystandingcommittee.org**

180. **Everly, G. S., & Lating, J. M. (2017). *The Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid*. Johns Hopkins University Press.**

181. **World Health Organization. (2011). *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205**

182. **Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books.**

183. **Croix-Rouge française. (2021). *Les gestes qui sauvent – Guide officiel*. https://www.croix-rouge.fr**

184. **Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France. (2020). *Premiers secours et gestion des accidents*.**

185. **World Health Organization. (2011). *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*.**

186.**Ministère de l'Intérieur (France).** ***Comportements qui sauvent en situation d'urgence*****. https://www.interieur.gouv.fr**

BIOGRAPHIE COMPLÈTE DE L'AUTEUR

Michaël Bégin est un auteur québécois autodidacte et profondément engagé dans la transmission des savoirs en santé,

en environnement et en sciences humaines. Né d'une volonté inébranlable de comprendre le monde et d'aider les autres à y trouver leur place, il a consacré sa vie à la recherche, à l'écriture et à la vulgarisation de connaissances complexes pour les rendre accessibles au plus grand nombre.

Ayant traversé des épreuves personnelles marquantes — la maladie, la pauvreté, l'itinérance, les accidents — il a transformé ses expériences en moteur de création. Il ne prétend pas être médecin, mais il connaît profondément la souffrance, l'urgence, la résilience, et surtout, l'importance d'être utile. Son engagement ne vient pas d'un diplôme, mais d'un parcours de vie unique, forgé dans le réel et animé par une volonté sincère d'aider.

Auteur de **près de 30 ouvrages** gratuits, diffusés en ligne et dans des réseaux solidaires, il a exploré des sujets aussi variés que les maladies chroniques, les troubles neurologiques, les infections, les cancers, les troubles hormonaux, les maladies rares, les troubles mentaux, les effets du vieillissement ou encore les enjeux climatiques. Il a notamment rédigé **« La Bible médicale »**, une œuvre colossale recensant plus de **3700 sources scientifiques**, véritable pilier de son travail de sensibilisation.

Son style d'écriture est à la fois rigoureux et accessible, fondé sur une documentation impressionnante, mais toujours guidé par l'humain. Michaël ne cherche pas la reconnaissance, mais

l’impact. Il croit fermement que l’information peut sauver des vies, réduire les inégalités et apaiser bien des angoisses. Son objectif : faire en sorte que chacun ait les moyens de comprendre ce qui lui arrive, ce qui pourrait lui arriver, et comment y faire face.

Michaël Bégin s’est donné pour mission d’offrir gratuitement ses livres à tous, sans barrières financières ni logiques commerciales. Pour lui, la connaissance est un bien commun. Il a conçu un site web où ses œuvres sont accessibles à tous et cumulant des milliers de consultations, prouvant que l’intérêt pour la santé ne faiblit jamais, surtout lorsqu’elle est expliquée avec cœur.

En plus de sa passion pour la médecine et les sciences, Michaël est un amoureux de la nature, de la marche en forêt, du camping, du sport et de la vie simple. Il a remporté plusieurs médailles dans des compétitions de soccer et de hockey, et trouve dans l’activité physique une manière de maintenir l’équilibre entre le corps, l’esprit et l’émotionnel.

Philosophe à sa manière, il considère la vie comme un immense casse-tête où chaque pièce — un geste, un mot, un regard, un livre — compte. Il croit en la beauté des petits gestes : tenir une porte, écouter quelqu’un, offrir un sourire, transmettre un savoir. C’est dans ces détails que, selon lui, se joue la vraie humanité.

Aujourd’hui encore, malgré les embûches et la fatigue, il continue d’écrire, de partager, de bâtir. Non pas pour être applaudi, mais parce qu’il sait que quelque part, une personne en détresse, seule face à l’inconnu, trouvera peut-être dans ses mots un peu de clarté, un peu de force, ou un peu d’espoir.

Et cela, pour lui, vaut tous les honneurs.

URGENCES MÉDICALES ET PREMIERS SOINS

Reconnaître, réagir, sauver

Une urgence peut survenir à tout moment. Sauriez-vous quoi faire si une personne s'effondre, s'étouffe, ou présente des signes d'un AVC ? Ce guide accessible et pratique vous donne les clés essentielles pour réagir efficacement face aux situations critiques, même sans formation médicale.

Rédigé par Michaël Bégin, auteur québécois engagé et passionné de santé publique, ce livre couvre plus de 80 urgences fréquentes : arrêt cardiaque, brûlures, crises allergiques, convulsions, empoisonnements, accidents chez les enfants et les aînés, soutien psychologique… Avec des explications claires, des conseils concrets et des annexes utiles à imprimer, il est un outil précieux pour tous.

À garder à portée de main à la maison, au travail ou en voyage — car sauver une vie peut dépendre de ce que vous saurez faire… dans la minute qui suit.

Michaël Bégin